

Acalasia, reporte de un caso y revisión de la literatura

Autores Gerardo George Mérida¹, Cesar Louis Pérez² , Mariangel Lantz García³

Afiliación 1 Fellow en el Curso de Ampliación en Endoscopia Digestiva y Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica del postgrado UCV de Gastroenterología Hospital Universitario de Caracas. Caracas - Venezuela.
2 Profesor de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas. Caracas – Venezuela.
3 Médico residente del postgrado UCV de Gastroenterología. Hospital Universitario de Caracas. Caracas – Venezuela.

Autora de Correspondencia: Cesar Louis Pérez. Correo: cesarlouismd@gmail.com ORCID: [0000-0002-2218-0167](https://orcid.org/0000-0002-2218-0167)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2022; 76(4): 163-166.
© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.
Fecha de recepción: 22/06/2022 **Fecha de revisión:** 18/08/2022

Fecha de aprobación: 29/08/2022

Resumen

Introducción: La acalasia esofágica es un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por la ausencia de peristaltismo esofágico y falla del esfínter esofágico inferior para relajarse en respuesta al tragar. Estas anomalías conducen a un vaciado deficiente de los alimentos desde el esófago hacia el estómago con estasis alimentaria resultante. En consecuencia, la calidad de vida de los pacientes afectados por la acalasia se ve gravemente afectada. Una evaluación exhaustiva con endoscopia digestiva alta, estudios radiológicos baritados y manometría esofágica son obligatorias para establecer el diagnóstico y planificar el tratamiento.

Palabras clave: Acalasia, endoscopia digestiva superior, manometría esofágica.

ACHALASIA. A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Summary

Introduction: Esophageal achalasia is a primary esophageal motility disorder characterized by the absence of esophageal peristalsis and failure of the lower esophageal sphincter to relax in response to swallowing. These abnormalities lead to poor emptying of food from the esophagus into the stomach with resulting food stasis. Consequently, the quality of life of patients affected by achalasia is severely affected. A thorough evaluation with upper gastrointestinal endoscopy, barium swallow, and esophageal manometry are mandatory to establish the diagnosis and plan treatment.

Key words: Achalasia, upper gastrointestinal endoscopy, barium swallow and esophageal manometry.

Introducción

La acalasia es el trastorno motor esofágico más estudiado y caracterizado a nivel mundial, aunque no se sepa la causa, por lo cual en Venezuela se considera idiopático. El diagnóstico definitivo es realizado por manometría esofágica, específicamente lo ideal es utilizar la manometría de alta resolución, la cual fue utilizada por el Grupo de estudio de trastornos motores de Chicago para hacer la clasificación de trastornos motores esofágicos en sus diferentes versiones, siendo la versión 4.0 la más reciente (2021)¹.

Clasifica la acalasia en tres tipos topográficos, a saber: (Figuras 1-3).

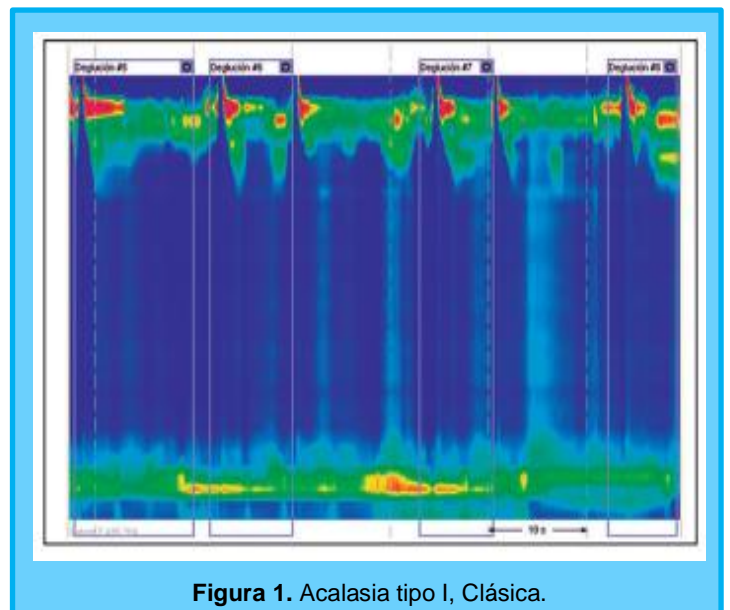


Figura 1. Acalasia tipo I, Clásica.

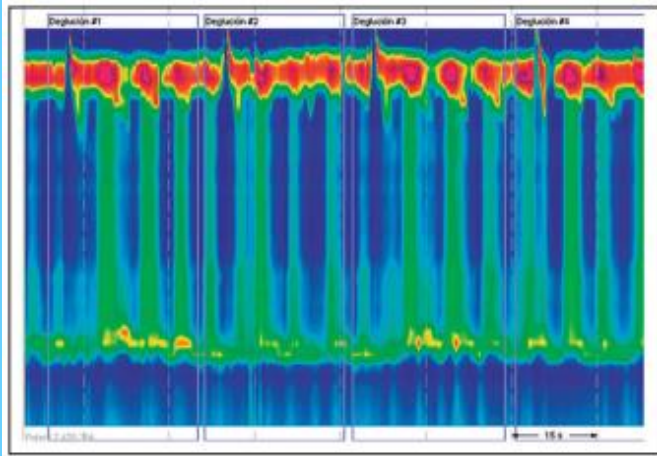


Figura 2. Acalasia tipo II, Presurización panesofágica en más del 20% de degluciones.

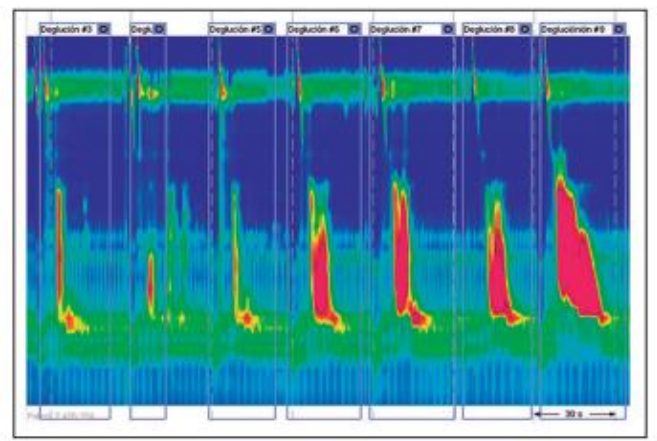


Figura 3. Acalasia tipo III, Contracción prematura en más del 20% de las degluciones.

Caso clínico

Paciente femenino de 92 años, cardiopatía isquémica e hipertensiva, actualmente con angina estable, quien refiere inicio de enfermedad actual hace 1 año, caracterizado por presentar disfagia esofágica tanto a sólidos como a líquidos, y que en la última semana presenta regurgitación no ácida y pérdida de peso significativa. Se le realiza endoscopia digestiva superior evidenciándose esófago dilatado con contenido de alimento, y a 39 cm de la arcada dentaria se observa disminución de calibre, que permite el paso del instrumento con dificultad, no observándose lesiones mucosales a ese nivel, en estómago se evidencia mucosa eritematosa nodular en cuerpo y antro.

Se realiza estudio radiológico serie EED con bario, donde se evidencia dilatación del cuerpo esofágico, con retardo del vaciamiento esofágico, y terminación esofágica en “pico de

pájaro”; estudio se concluye con hallazgos sugestivos de acalasia (Figura 4-5).



Figura 4. Esófago dilatado.



Figura 5. Terminación en pico de pájaro.

Se realiza manometría esofágica de alta resolución con catéter de estado sólido, de 32 transductores, evidenciándose: presión basal del esfínter esofágico inferior (EEI) de 47.3 mmHg (normal > 10 y < 45 mmHg), presión de relajación integral (IRP) en 15 mmHg (normal < 15mmHg). No hay peristalsis. Concluyéndose Acalasia tipo I o clásica. (Figura 6).

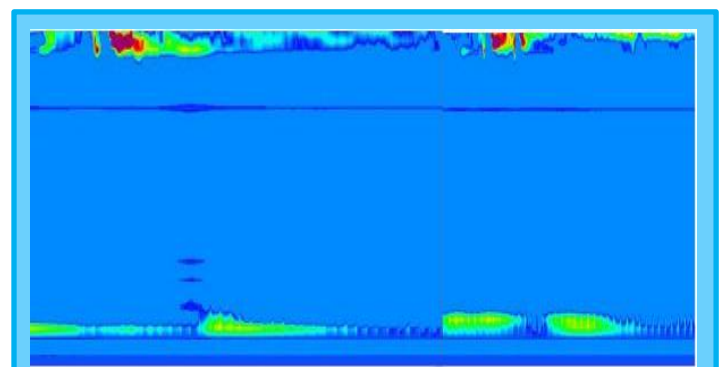


Figura 6. Imagen de Acalasia tipo I, según Chicago.

Actualmente existen diversas opciones terapéuticas, entre ellas: dilatación neumática, toxina botulínica, miotomía la cual puede ser realizada endoscópicamente (POEM miotomía endoscópica per oral), o quirúrgica abierta, laparoscópica convencional o asistida por Robot, incluso otras técnicas quirúrgicas como la esfagectomía o cirugía de anatomosis (gastroesofágica laterolateral Serra-Dória).

Se decidió realizar endoscopia terapéutica aplicando toxina botulínica en el EEI, a saber 100 unidades, las cuales fueron diluidas en 4 ml, dando 25 unidades por ml, y aplicadas 1 cm proximal a la línea Z en cuatro cuadrantes (Figura 7).



Figura 7. Procedimiento: Infiltración de toxina botulínica en acalasia.

Discusión

La introducción de la manometría esofágica de alta resolución no sólo simplifica el estudio en la función motora del esófago, sino que ofrece mayor precisión diagnóstica. El término deriva del vocablo griego "a jálasis" que significa "sin relajación". Se debe según una de las teorías más aceptadas a una destrucción irreversible de las neuronas del plexo mientérico (Auerbach) del esófago que liberan péptidos miorelajantes, óxido nítrico (NO) con una prevalencia relativa de las neuronas que producen contracción (liberan acetilcolina), inhibiendo la relajación del esfínter esofágico inferior ².

En cuanto a la presentación clínica, los síntomas característicos son disfagia progresiva (82-100%), regurgitaciones y sus complicaciones respiratorias (Bronquitis, infección respiratoria recurrente), dolor torácico, pérdida de peso y pirosis. ²⁻⁴

Con una incidencia de 1 por 100.000 personas, y prevalencia de 10 por 100.000. La mayoría de los casos son idiopáticos. ^{4,5}

La acalasia esofágica puede verse a cualquier edad, es interesante hacer notar que la paciente debuta con los síntomas a los 91 años, lo que obliga a pensar en enfermedades orgánicas, por lo cual es necesario investigar para aseverarlas o descartarlas. En nuestro caso la endoscopia digestiva superior y la serie radiológica serie esófago, estómago duodeno con bario no lo evidencio, y es así como se indica la manometría

esofágica de alta resolución para diagnosticar el trastorno motor presuntivo.

Los hallazgos manométricos para diagnosticar acalasia son ausencia de peristalsis, EEI hipertensivo y relajación incompleta del EEI, ahora bien basados en Chicago 4.0, la relajación incompleta puede medirse con la presión de relajación integrada, que en nuestro caso fue de 15 mmHg, lo que es anormal, por otro lado no hubo contracciones esofágicas medibles, es decir que hay ausencia de peristalsis, denominándose tipo I o tradicionalmente acalasia clásica. ^{1,6}

Los tratamientos pueden ser farmacológicos, endoscópicos, radiológicos o quirúrgicos. Es interesante hacer notar que todos los tratamientos tienen su cabida, siempre y cuando sea consensuado con el paciente, y sopesando riesgo beneficio. Tal vez la toxina botulínica y la dilatación neumática tienen un carácter temporal y no definitivo, pero que pueden ser realizados en pacientes seleccionados.

Nuestro caso por la edad, la alta morbilidad y los riesgos decidimos aplicar la toxina botulínica.

Distintos estudios han probado la eficacia de la inyección de toxina botulínica para mejorar los síntomas a corto plazo, en pacientes que no sean candidatos para resolución quirúrgica. Actualmente es considerada la opción terapéutica no quirúrgica más efectiva para acalasia, la cual va a depender del tipo de Acalasia.

La neurotoxina biológica obtenida del *Clostridium botulinum* que causa parálisis muscular por bloqueo de la liberación de acetilcolina desde las terminaciones nerviosas. Tiempo de duración: 3 a 6 meses, aunque algunas literaturas mencionan un promedio de 8 meses. Dosis usual: 80 a 100 unidades, colocada en los 4 cuadrantes. Se pueden presentar complicaciones post procedimiento endoscópico como dolor transitorio (25%), reflujo (5%). ^{7,8}

Conclusión

Se presenta el caso de una paciente mayor con comorbilidades cardiacas que acude por síntomas de disfagia esofágica tanto a solidos como a líquidos, y que sus estudios de organicidad no evidencia causa, y que al sospechar trastorno motor de esófago, se realiza manometría esofágica de alta resolución concluyendo acalasia, y se decide tratar con toxina botulínica a nivel del EEI, mejorando la obstrucción funcional del esófago, por ende su vaciamiento y sus síntomas.

Referencias

1. Yadlapati R, et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0. *Neurogastroenterol Motil* 2021;33(1):1-22
2. Álvarez C, Louis Pérez C. Acalasia: características por manometría de alta resolución. *GEN*; 2020; 74(4):128-133.
3. Louis C. Trastornos funcionales esofágicos. *Gen* 2007. 31(4). 304-307.

4. Francisco Schlottmann, Rafael M. L. Neto, Fernando A. M. Herbella, Marco G. Patti. Esophageal Achalasia: Pathophysiology, Clinical Presentation, and Diagnostic Evaluation. Department of Surgery, Escola Paulista de Medicina, Federal University of Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil. 2018. Vol 84.
5. Beck W, Sharp K. Achalasia. Surg Clin North Am. 2011; 91(5):1031-7.
6. Salvador R, Dubecz A, Polomsky M, Gelerson O, Jones C Raymond D, et al. A new era in esophageal diagnostics: the image-based paradigm of high-resolution manometry. J Am Coll Surg 2009; 208:1035–1044.
7. Morgan A, Sendzischew Shane, Baharak Moshiree. Esophageal and Gastric Motility Disorders in the Elderly. Clin Geriatr Med 2021; 37: 3-6.
8. Seng-Kee C, Pin-I H, Keng-Liang W. 2011 Update on esophageal achalasia. World J Gastroenterol 2012; 18(14): 1573-1578.