

INTRODUCCIÓN

- La acalasia es un trastorno motor caracterizado por la ausencia de relajación del Esfínter Esofágico Inferior (EII) al momento de la deglución y ausencia de la peristalsis del cuerpo esofágico.¹

CASO CLÍNICO

- Femenino de 46 años de edad
- Disfagia de 6 meses de evolución, inicio a sólidos que progresa a líquidos hace 2 meses.
- Dolor torácico retroesternal a la ingesta de alimentos.
- Reducción de peso de 17 kg en 6 meses.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

- Esofagograma baritado
 - Esofago distal con estenosis en pico de ave, distensión esofágica hasta 40 mm. (Figura 1)
- Endoscopia
 - Esofago dilatado, unión por debajo del hiato con resistencia al paso del endoscopio. (Figura 2)
- Manometría (Tabla 1)
 - Acalasia con presurización panesofágica (Subtipo II)
 - EEI hipertónico con relajación incomplete y presión residual elevada.



Figura 1

Manometría
No. degluciones: 10
Presión media EES: 103.3 mmHg
Duración de relajación: 685 ms
Presión media EEI: 90.2 mmHg
Relajación porcentual EEI 20%

Tabla 1

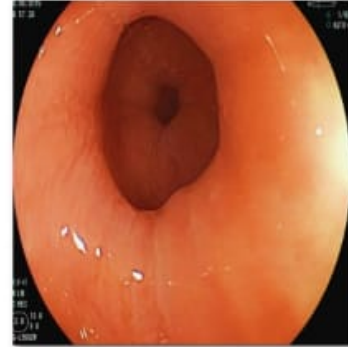


Figura 2

TRATAMIENTO

- Se realizó Cardiomiotomía de Heller (CMH) laparoscópica a cuatro puertos (Figura 3) con una longitud de miotomía 5 cm esofágicos y 2 cm gástricos; Funduplicatura tipo Dor.

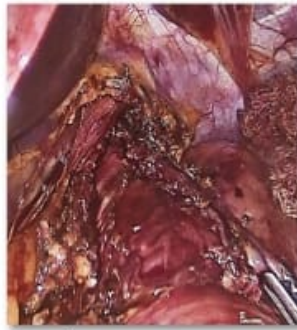


Figura 3



Figura 4

DISCUSIÓN

- El diagnóstico se realiza por medio de esofagograma baritado, manometría esofágica y panendoscopia. La Manometría de alta Resolución es el método de elección para el diagnóstico.^{1,5}
- El tratamiento con POEM tiene resultados similares en la resolución de disfagia comparada con la CMH; sin embargo, presenta mayor índice de Reflujo Gastroesofágico (RGE).^{2,3,4}
- La cardiomiotomía de Heller Tiene mejores resultados en Acalasia tipo I y II. Se debe realizar miotomía de 6 cm en el esófago y 2-3 cm en el estómago.^{1,3}
- Se debe complementar la CMH con una funduplicatura parcial para reducir el riesgo de RGE, la cual, no aumenta al disfagia.^{4,4}

CONCLUSIONES

- La acalasia es una enfermedad progresiva la cual cuenta con tratamiento temporal y definitivo.
- El abordaje diagnóstico debe ser con Manometría de alta resolución y complementar con esofagograma baritado y panendoscopia para descartar patología tumoral o pseudoacalasia.
- El tratamiento con CMH se prefiere sobre POEM debido al menor índice de RGE.

BIBLIOGRAFÍA

- G Zerretto, et al., "The 2018 SSGE achalasia guidelines", Diseases of the Esophagus, Volume 31, Issue 9, September 2018, doi:10.1093/dote/eyt071, <https://doi.org/10.1093/dote/eyt071>.
- Petro Faniati, Sant' Greco, Anse Vokarouka, Giovanni Ggante, Anna Caf, Leo Bekkaki & Guido Cobanagna (2015) Achalasia: current treatment options, Expert Review of Gastroenterology & Hepatology, 9(3), 1103-1114. DOI: 10.1586/1747424-2015-1352487
- Schiltmann, Francisco MD et al., "Laparoscopic Heller Myotomy versus Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) for Achalasia: A Systematic Review and Meta-analysis", Annals of Surgery, 267(3):451-460, March 2018.
- Ferrando A.M, Herbelli, Eduardo G.H, Moura, and Marco G. Patti, "Achalasia 2016: Treatment Alternatives", Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, Jan 2017. <https://doi.org/10.1097/lap.2016.0468>
- Tasari, J & Strain, H., "Current status of achalasia management: a review on diagnosis and treatment", J Gastroenterol (2017) 52: 401. <https://doi.org/10.1007/s00535-017-1314-5>

CONTACTO

Dr. Alejandro Vela Torres
Residencia Cirugía General
Hospital Angeles Metropolitano
E-mail: avet.1253@gmail.com