

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V. F. Moreira y A. López San Román
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Acalasia

¿QUÉ ES?

La acalasia es un trastorno infrecuente del esófago que puede presentarse a cualquier edad. Afecta por igual a hombres y mujeres. En la mayor parte de los casos no se encuentra relación familiar.

Se produce por la incapacidad del esófago de contraerse y empujar el alimento hasta el estómago (ausencia de las contracciones peristálticas) y por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior (engrosamiento muscular localizado en la unión del esófago y el estómago que funciona como una válvula y permite el paso de los alimentos al estómago y evita que el contenido del estómago ascienda al esófago), que impide el correcto paso de los alimentos al estómago. Se origina por alteraciones de las estructuras nerviosas del esófago y su causa exacta no se conoce.

SÍNTOMAS

El síntoma fundamental es la sensación de detención del alimento en la mitad del pecho. Puede presentarse bruscamente pero suele comenzar de forma intermitente, no todos los días y sólo con los sólidos. Posteriormente la dificultad aparece también al tragar líquidos. Suele acentuarse con las emociones o bebidas frías y tiende a empeorar con el paso del tiempo.

La regurgitación puede ser espontánea, cuando el paciente se tumba o durante la comida. Se puede confundir con el vómito pero, a diferencia de este, el contenido es de alimentos que no han llegado al estómago y por tanto no tienen sabor ácido, amargo ni contenido biliar. Si el material regurgitado llega a la vía respiratoria puede ocasionar tos e incluso neumonías u otras complicaciones pulmonares.

Otro síntoma típico es el dolor torácico, generalmente como sensación opresiva en el centro del pecho que atraviesa hasta la espalda y a veces asciende por el "área de la corbata" hasta la mandíbula e incluso los oídos. Puede suceder durante la comida o fuera de ella, incluso durante el sueño.

Por último, es frecuente la pérdida de peso en cantidad variable que suele estar en relación con la intensidad de los síntomas referidos.

DIAGNÓSTICO

La sospecha clínica se confirma con exploraciones complementarias:

—*Radiología*: al comienzo los estudios con contraste muestran sólo mal vaciamiento del esófago, sobre todo con el paciente tumbado. Más tarde, el esófago se va dilatando y su extremo inferior se afila, con un aspecto en "punta de lápiz". Es frecuente ver alimentos retenidos dentro del esófago. En fases avanzadas el esófago, aparte de dilatado se hace más largo y tortuoso.

—*Manometría*: esta prueba consiste en medir las variaciones de la presión dentro del esófago. Permite ver cómo al tragar no se consigue que la comida sea impulsada hacia el estómago (las degluciones no originan contracciones peristálticas) y cómo el esfínter esofágico inferior no se relaja adecuadamente. Esto ocasiona un vaciamiento incompleto del esófago.

—*Endoscopia*: no es imprescindible para el diagnóstico pero sí para descartar tumores que imiten los síntomas de la acalasia. Se pueden apreciar dilatación del cuerpo del esófago y resistencia al paso del endoscopio al estómago.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe diferenciar de otros trastornos esofágicos, tanto motores como de otro tipo, de enfermedades sistémicas (que afectan a múltiples órganos) e incluso de tumores. Estas situaciones son más sospechosas en los pacientes de edad avanzada, con una historia muy reciente (menos de 1 año de evolución) y con una marcada pérdida de peso en poco tiempo.

TRATAMIENTO

No existe por el momento ningún tipo de tratamiento capaz volver la función del esófago a la normalidad. Los actuales son paliativos y dirigidos a debilitar el esfínter inferior del esófago para aliviar la disfagia, sin que ello favorezca el reflujo gastroesofágico.

El empleo de medicamentos relajantes de la fibra muscular lisa (antagonistas del calcio, nitritos) sólo produce un alivio temporal y se reserva para situaciones muy concretas.

La inyección intraesfínteriana de toxina botulínica por vía endoscópica logra buenos resultados en el 50% de los casos, pero sus efectos son transitorios (menos de 1 año) y su uso se reserva igualmente para pacientes seleccionados.

Los dos tratamientos comúnmente aceptados son el endoscópico y el quirúrgico. Su objetivo es reducir la presión del esfínter esofágico inferior para que la comida pase al estómago con mayor facilidad, con resultados excelentes o buenos en el 80-90% de los casos.

La *dilatación endoscópica* se lleva a cabo inflando un balón en la unión entre el esófago y el estómago, generalmente con el paciente sedado y con control radiológico. Las complicaciones son poco frecuentes (5%) pero pueden ser graves. Las más importantes son la infección respiratoria por el paso del contenido esofágico a la vía respiratoria y la rotura (perforación) de la pared esofágica por el inflado del globo. En este caso puede ser necesaria una intervención quirúrgica para reparar el desgarro. Aunque generalmente es suficiente con una dilatación, en algunos casos puede ser necesario repetir el procedimiento varias veces.

El *tratamiento quirúrgico* se basa en el corte circular de la capa muscular circular del esófago (miotomía) en una longitud variable (5-10 cm). Se puede hacer por cirugía tradicional o por laparoscopia, que proporciona menos dolor y una hospitalización más corta. Puede fracasar por una incisión insuficiente o por cicatrización con fibrosis de la misma.

Con ambos procedimientos terapéuticos existe la posibilidad de que el esfínter quede demasiado abierto y aparezca reflujo del contenido gástrico. Se aconsejan revisiones tanto clínicas como manométricas, radiológicas y endoscópicas con una periodicidad establecida.

A. Ruiz de León San Juan y J. A. Pérez de la Serna Bueno

Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid