



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



ACALASIA: DIAGNÓSTICO

Una vez que sospechamos que un paciente puede tener una acalasia por sus síntomas, podemos realizar diferentes pruebas que confirman el diagnóstico:

- **Radiografía de tórax.** Puede mostrar esófago dilatado y ausencia de gas en el interior del estómago. Sin embargo, no podemos basar un diagnóstico en esta prueba siendo necesarios estudios adicionales.
- **Tránsito esofágico baritado.** Es un test que se realiza con frecuencia cuando sospechamos una acalasia. Consiste en realizar radiografías estáticas y en movimiento mientras el paciente ingiere un contraste espeso, blanquecino de bario. El bario muestra la figura del esófago y del esfínter esofágico inferior. En pacientes con acalasia el esófago estará dilatado con un afilamiento progresivo hacia su parte final a nivel del esfínter esofágico inferior. La columna de bario puede mostrar contracciones espásticas en el esófago, lo que conocemos como acalasia vigorosa.
- **Manometría esofágica.** La manometría es una prueba en la que medimos cambios de presión dentro del esófago causados por la contracción de la musculatura que lo rodea. Consiste en la introducción de un tubo delgado a través de la nariz del paciente. Este tubo contiene detectores de presión en su longitud que transmiten dicha presión a un dispositivo externo. El estudio se realiza tras 8 horas de ayuno y durante el mismo se le dará al paciente sorbos de agua mientras el tubo está colocado en el esófago.

La manometría suele utilizarse casi siempre para confirmar el diagnóstico. Las alteraciones típicas de la acalasia son: alta presión del

esfínter esofágico inferior en reposo, ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior tras las degluciones y ausencia de contracciones eficaces (peristálticas) al tragar en el esófago inferior. Las dos últimas características tienen que estar presentes para el diagnóstico.

- **Gastroscopia.** La gastroscopia permite al médico especialista visualizar el interior del esófago, esfínter esofágico inferior y el estómago utilizando un tubo flexible con una cámara en su extremo. Dicho procedimiento puede realizarse con sedación. También es un estudio frecuente en pacientes con sospecha de acalasia y permite descartar otras enfermedades que pueden simular los síntomas de una acalasia.

Los hallazgos más frecuentes son esófago dilatado con contenido alimentario retenido en su interior, inflamación y pequeñas ulceraciones de la pared interna del esófago causadas por alimentos o pastillas, e infección por hongos.

El estudio debe alcanzar el estómago para descartar la presencia de una tumoración que pueda producir lo que conocemos por pseudoacalasia o acalasia secundaria. Pueden tomarse biopsias de la porción más inferior del esófago para descartar células cancerígenas. La toma de estas biopsias durante la gastroscopia no es dolorosa y es generalmente segura para el paciente.

*Dra. Susana Jiménez Contreras
Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo
Xanit Internacional Hospital, Benalmádena (Málaga)*