



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



ACALASIA: TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es la disminución de la presión del esfínter esofágico inferior (EEI) para no impedir el paso del material ingerido, pues actualmente no existe un tratamiento que evite la degeneración de las células ganglionares y restaure la función esofágica.

Para la elección de tratamiento hay que tener en cuenta la edad del paciente, sexo, preferencia del paciente, comorbilidad y la experiencia del centro en cuanto a las técnicas disponibles donde se va a tratar el paciente.

Se ha indicado que la pauta más coste-efectiva es realizar dilatación neumática como primer tratamiento, reservando la miotomía quirúrgica para los fracasos de la dilatación. Generalmente se recomiendan unas 3 dilataciones previo a valorar tratamiento quirúrgico.

Entre las opciones terapéuticas:

- **Dilatación neumática endoscópica:**

Alta eficacia inicial (85% al primer mes) si bien decae con el tiempo, aproximadamente un tercio de los paciente recaen en torno al 4^o-6^o año.

El reflujo gastroesofágico es la principal complicación a medio y largo plazo, suele aparecer con frecuencia y puede cursar sin síntomas. La complicación mas temida es la perforación esofágica (\approx 2% de los casos).

- **Miotomía de Heller (asociada a funduplicatura):**

Es superior a la dilatación esofágica en términos de eficacia y durabilidad. Consiste en la miotomía anterior de las fibras del EEI, que se extiende hacia el estómago y varios centímetros (unos 5-6) hacia el esófago. Suele realizarse por laparoscopia. En un estudio retrospectivo sobre 1.461 pacientes, el 81% se realizó dilatación endoscópica como tratamiento primario y el 19% restante cirugía (miotomía) como tratamiento primario. El riesgo acumulado de un segundo tratamiento (dilatación, miotomía o esofagectomía) después de 1, 5 y 10 años fue del 37%, 56% y 63% en el grupo de dilatación inicial y del 16%, 30% y 37% en el grupo de cirugía inicial.

- **POEM (Per- oral endoscopic myotomy):**

Consiste en una miotomía por vía endoscópica. Entre las posibles complicaciones inmediatas (en torno un 3%) está el neumotórax, hemorragia y perforación esofágica. A corto-medio plazo, puede aparecer reflujo gastroesofágico entre un 17-21% de los casos. A pesar de los excelentes resultados reportados desde centros especializados (con sorprendentes buenos resultados en acalasia tipo III) no disponemos de trabajos randomizados que comparen la eficacia con las otras técnicas disponibles, por lo que su papel de momento permanece cuestionado.

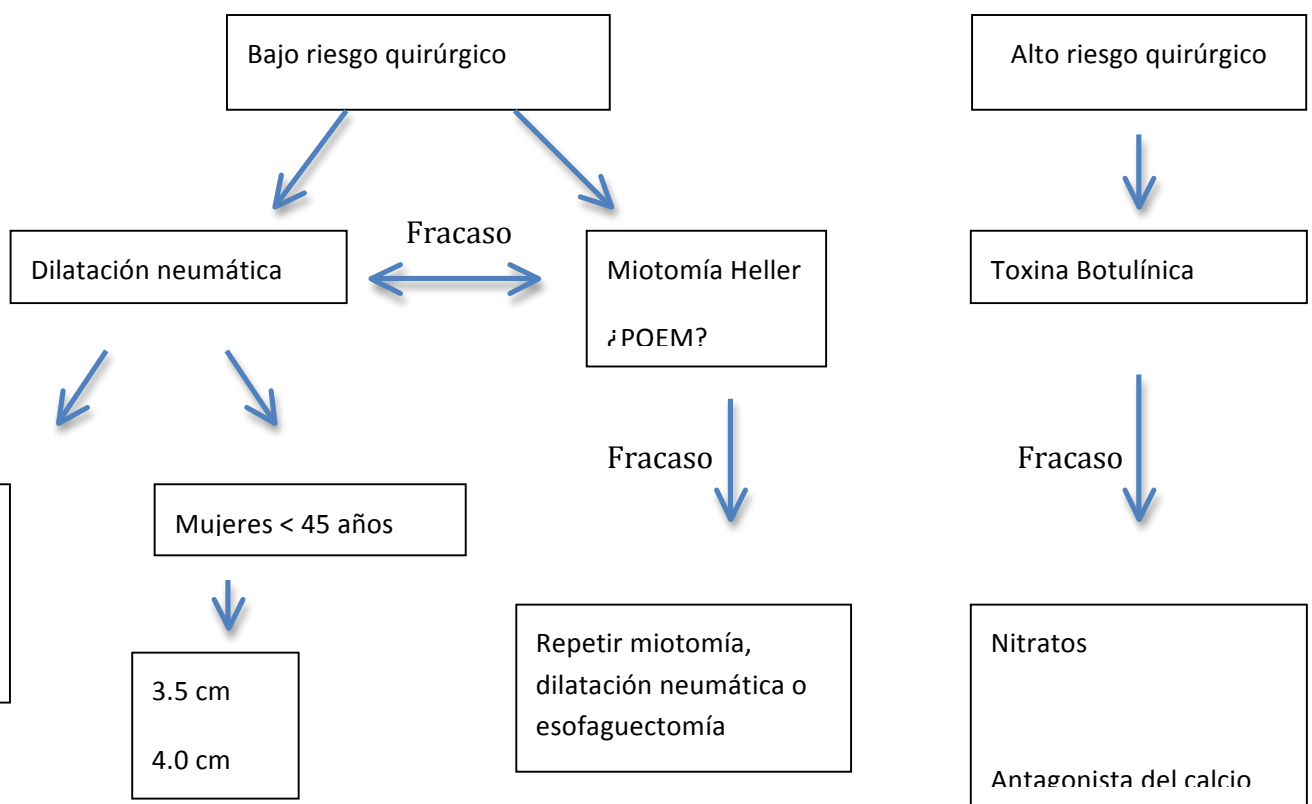
- **Toxina Botulínica:**

La inyección de toxina botulínica reduce la liberación local de acetilcolina y la presión basal del EEI, consiguiendo el vaciamiento del esófago por gravedad. Eficacia a corto plazo de un 80%, disminuyendo a los 6 meses y al año un 68 y un 54%, respectivamente

- **Tratamiento farmacológico:**

Reservado para paciente con alto riesgo quirúrgico en los que fracasa la inyección de toxina botulínica. Las opciones más utilizadas son el nifedipino (de 10 a 30 mg unos 30 minutos antes de las comidas) y el nitrato de isosorbide (5 mg unos 10 minutos antes de las comidas).

ALGORITMO DE TRATAMIENTO



Dr. Alfonso Alcalde Vargas

Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo

Hospital Costa del Sol, Marbella