



## ARTÍCULO DE REVISIÓN

### Manejo endoscópico de la acalasia: revisión clínica



Jorge Farell-Rivas<sup>a,\*</sup>, Julio César Soto-Pérez<sup>b</sup>, Carlos J. Mata-Quintero<sup>c</sup>, Armando Macario Valencia-Romero<sup>d</sup>, Mónica Valdivia-Balbuena<sup>b</sup>, Marisela Díaz-Oyola<sup>b</sup>, Luis Garcia-Arrona<sup>c</sup>, Víctor José Cuevas-Osorio<sup>a</sup>, Omar Pineda-Olivo<sup>a</sup>, Hugo Lopez-Acevedo<sup>a</sup> y Mircea Gonzalez-Villarelo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Cirugía General, Residencia de la Sub-especialidad de Endoscopia Gastrointestinal, Servicio de Endoscopia, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, México, D.F., México

<sup>b</sup> Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, México, D.F., México

<sup>c</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, México, D.F., México

<sup>d</sup> Jefatura del Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, México, D.F., México

Recibido el 17 de junio de 2014; aceptado el 16 de agosto de 2014

Disponible en Internet el 3 de octubre de 2014

#### PALABRAS CLAVE

Acalasia;  
Heller;  
POEM;  
Dilatación neumática;  
Toxina botulínica

**Resumen** La acalasia es un trastorno motor primario del esófago, de etiología desconocida e incurable. La intención de todo tratamiento es debilitar el esfínter esofágico inferior. Los 3 tratamientos endoscópicos establecidos son: la aplicación de toxina botulínica y las dilataciones neumáticas, además de otro en desarrollo llamado POEM (per-oral endoscopic myotomy). Los 2 primeros logran de manera efectiva debilitar la presión del esfínter esofágico inferior, sin embargo su efectividad y duración son muy variables. En el caso de la toxina botulínica tiene una recurrencia de síntomas en un 50% de los pacientes a 6 meses y en un 100% al año, mientras que en las dilataciones neumáticas a 5 años solo el 60% de los pacientes permanecen asintomáticos y la necesidad de múltiples dilataciones es la regla en más del 90% de los pacientes. El factor predictivo para remisión duradera es una presión del esfínter esofágico inferior < 15 mmHg posterior a la realización de cualquier tipo de procedimiento. Una nueva técnica promisoriosa y en evolución es el POEM, con resultados iniciales similares a la miotomía de Heller, sin embargo aún nos encontramos a la espera de que la técnica madure y tenga mayor experiencia.

© 2014 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Achalasia;  
Heller;  
POEM;

#### Endoscopic management of achalasia: Clinical review

**Abstract** Achalasia is an incurable primary esophageal motor disorder of unknown aetiology. The intent of any treatment is to weaken the lower esophageal sphincter. Established treatments for endoscopic management are endoscopic application of botulism toxin and pneumatic

\* Autor para correspondencia: Ladera n.º 20, int 6, col. Lomas de Bezares, CP 11910. Teléfono: +5259 1793, (04455) 5455 1481.  
Correo electrónico: [jorgefarell@gmail.com](mailto:jorgefarell@gmail.com) (J. Farell-Rivas).

Pneumatic dilation;  
Botulinum toxin

dilation, along with other treatments under development such as POEM (per-oral endoscopic myotomy). The first 2 are very effective in weakening lower esophageal sphincter pressure, but their efficacy and duration vary greatly. There is a recurrence of symptoms of 50% at 6 months and almost 100% in one year for botulinum toxin, while with pneumatic dilation only 60% of patients are asymptomatic at 5 years, so the need for multiple pneumatic dilation is the rule in > 90% of patients. The best positive predictor of lasting symptomatic response is lower esophageal sphincter pressure < 15 mmHg after performing any procedure. The POEM technique is promising and still evolving, initially offering results similar to the Heller myotomy; however, we are waiting for greater experience with more patients and for long-term results.

© 2014 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

## Introducción

Es el trastorno motor primario del esófago que más fácil se reconoce y mejor se caracteriza. La acalasia puede ser primaria (idiopática) o secundaria. Es de causa desconocida (con múltiples teorías principalmente de tipo inmunológico), crónica, progresiva e incurable, que resulta de la degeneración de las células ganglionares del plexo mientérico de la pared esofágica que provoca relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI) y aperistalsis del cuerpo esofágico, mientras que la presión en reposo del EEI está elevada en el 60% de los casos. La acalasia afecta por igual a hombres y mujeres, con una incidencia de 1:100,000<sup>1,2</sup>.

## Generalidades: cuadro clínico y diagnóstico

Las manifestaciones clínicas pueden incluir: disfagia esofágica (la cual es gradual iniciando con sólidos y posteriormente con líquidos), regurgitaciones de alimentos no digeridos, dolor torácico no cardíaco y pérdida de peso, que son en conjunto síntomas que habitualmente se confunden con ERGE y retrasan su diagnóstico (1.5 años en promedio para el diagnóstico). Además se puede asociar a algunas complicaciones como es la neumonía por broncoaspiración. Radiográficamente, el esofagograma con bario se caracteriza esencialmente por: vaciamiento esofágico retardado, terminación en «pico de ave» y otros cambios de soporte como son: esófago dilatado o sigmoideo, divertículos epifrénicos y nivel hidroaéreo. Endoscópicamente se puede observar dilatación esofágica en grado variable, la presencia de alimento retenido no digerido con erosiones circundantes (generadas por estasis) y ausencia de estenosis u obstrucción mecánica<sup>2,3</sup>.

La manometría, ya sea de alta resolución, ya de tipo convencional (fig. 1), es el método estándar de oro para establecer el diagnóstico de esta enfermedad y se caracteriza esencialmente por aperistalsis del cuerpo esofágico y relajación incompleta del EEI (presión residual > 15 mmHg) y de soporte: EEI normal o hipertenso, contracciones esofágicas de baja amplitud. La manometría de alta resolución ofrece algunas ventajas con relación a la convencional; una de ellas es que a través de la clasificación de Chicago se pueden establecer 3 tipos de acalasia (I clásica, II presurización

panesofágica, III espástica) y de esta forma es posible establecer un mejor pronóstico de respuesta al tratamiento, siendo la tipo III la de peor respuesta a cualquier tipo de manejo (< 50%) y la tipo II la de mejor pronóstico (> 80%)<sup>4-6</sup>.

A pesar de ser una enfermedad poco frecuente, existen hoy en día guías internacionales como la del Colegio Americano de Gastroenterólogos (CAG), la de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) y la de la Sociedad Americana de Cirujanos Gastroenterólogos y Endoscopistas (SAGES) que indican claramente el abordaje diagnóstico y de tratamiento de esta enfermedad<sup>7-9</sup>.

Para su tratamiento, la acalasia puede ser abordada de varias maneras: con tratamiento médico, endoscópico y quirúrgico (tabla 1). Hasta el día de hoy el estándar de oro para el manejo de la acalasia es el abordaje quirúrgico con la miotomía de Heller (MH). Sin embargo, los procedimientos endoscópicos como la inyección de toxina botulínica (TB) y las dilataciones neumáticas (DN) ofrecen resultados buenos para aquellos pacientes que no son candidatos a manejo quirúrgico, pero desafortunadamente con necesidad de múltiples reintervenciones endoscópicas debido a recurrencia de síntomas. Con los avances de la tecnología endoscópica y la cirugía a través de orificios naturales, hoy en día se propone la miotomía endoscópica (per-oral endoscopic myotomy [POEM]) como un tratamiento de mínima invasión, el cual con el tiempo y experiencia podrá compararse en resultados con la cirugía, incluso se perfila por algunos como la primera opción de tratamiento. El uso de TB con aplicación endoscópica y los medicamentos se utilizarán solamente en aquellos casos en donde el paciente no sea candidato a DN, POEM o MH, debido a la alta recurrencia de síntomas en el caso del TB y a los efectos adversos del tratamiento médico a base de fármacos como nitratos y calcioantagonistas<sup>7,9</sup>.

## Tratamiento

El objetivo de todas las modalidades es disminuir la presión en reposo del EEI a un punto en el que el esfínter no impida el paso del bolo alimenticio. Esto se puede realizar mediante rotura mecánica de las fibras musculares (p. ej., dilatación neumática, endoscópica o quirúrgica) o por una reducción farmacológica de la presión del EEI (p. ej., TB, nitratos o calcioantagonistas).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287577>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287577>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)