



El Reto Clínico del mes de Marzo 2022

Caso clínico: Trastorno motor esofágico

Sara Alonso Fernández

Marta Pascual Mato

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,
Santander

Caso clínico: Antecedentes personales

- Varón 71 años
- No hábitos tóxicos
- No alergias conocidas
- Dislipemia
- Episodio de amnesia global transitoria en 2017
- Intervenciones quirúrgicas: Hernia inguinal derecha e izquierda
- Tratamiento habitual: Atorvastatina 10 mg

Siguiente

Caso clínico: Historia actual

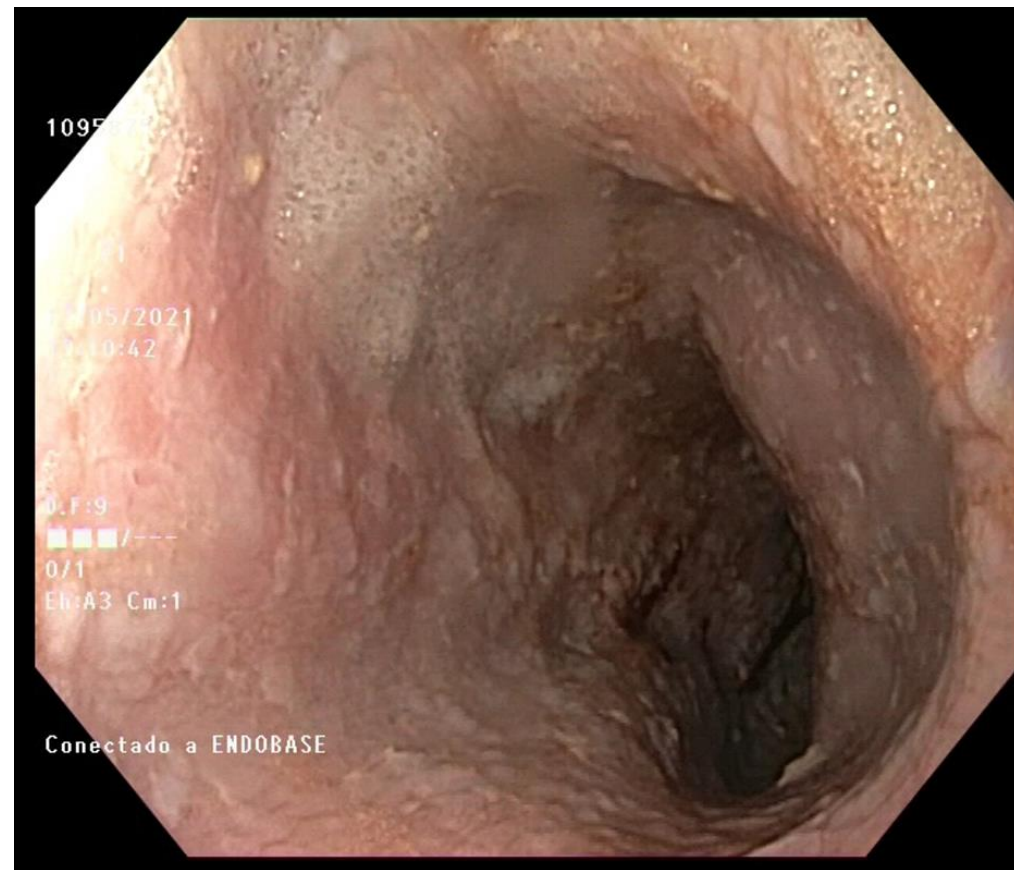
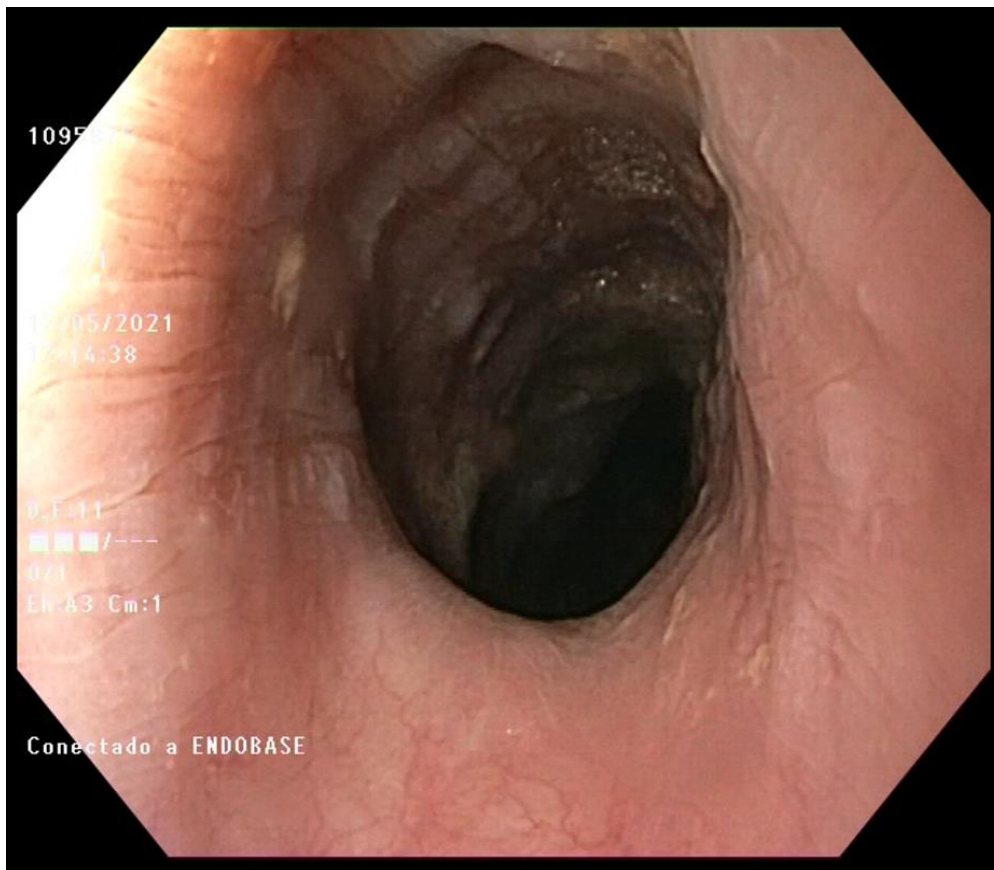
- Disfagia de 1-2 años de evolución, progresiva, con intolerancia progresiva a sólidos y a líquidos
- Pérdida de 10 Kg de peso involuntaria, no astenia
- Molestias epigástricas, y náuseas y regurgitación
- Exploración física: anodina
- Analítica
 - Hemograma, coagulación: normal
 - Bioquímica con estudio lípidos, hierro y nutricional: normal
 - Proteinograma: normal
 - Marcadores tumorales: normales

Siguiente

Pruebas complementarias: Gastroscoopia

- Desde el esfínter esofágico superior, se aprecia una luz esofágica de aspecto dilatado en toda su extensión. Se identifican restos alimenticios semisólidos a lo largo de todo el tramo esofágico. A partir de 21 cm de arcada dentaria, la mucosa esofágica tiene un aspecto cuarteado, nodular y frágil, friable al roce. Cardias normal, localizado a 41 cm de arcada dental superior. No se identifican lesiones estenosantes. Sin embargo, sí parece existir un aumento de resistencia al franquear el mismo. Cardias en retrovisión sin alteraciones.
- Resto de estómago y duodeno sin alteraciones.

Siguiente



Siguiente



Siguiente

PREGUNTA 1: A la vista de las pruebas complementarias, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

1. Acalasia tipo I
2. Acalasia tipo II
3. Acalasia tipo III
4. Obstrucción del tracto de salida de la unión esófago-gástrica
5. Motilidad esofágica ineficaz

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

PREGUNTA 1: A la vista de las pruebas complementarias, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

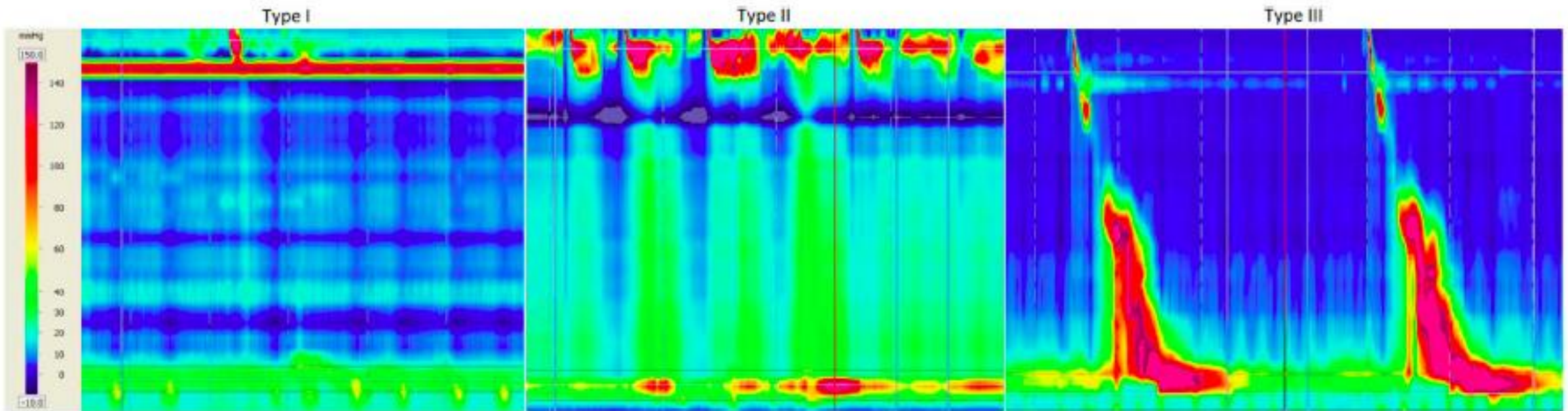
1. Acalasia tipo I
- 2. Acalasia tipo II**
3. Acalasia tipo III
4. Obstrucción del tracto de salida de la unión esófago-gástrica
5. Motilidad esofágica ineficaz

Siguiente

Acalasia

- Incidencia 0,03-1,63 /100.000 personas al año. Edad 30-60 años
- Etiología desconocida, alteración de la persistalsis esofágica y ausencia de relajación de esfínter esofágico inferior (EEI)
- Diagnóstico:
 - Endoscopia: descartar otras causas de disfagia, pseudoacalasia. Se puede valorar esófago dilatado, retención de alimentos, unión gastroesofágica afilada.
 - Esofagograma con bario: Característico pico de pájaro/cola de ratón
 - **Gold estándar:** Manometría esofágica. Clasificación de Chicago 4.0 (3 subtipos)

Siguiente



- 2º más frecuente (20-40%)
- Aperistalsis (100% peristalsis fallidas)
- Panpresurización esofágica (< 30 mmHg)

- **La más frecuente (50-70%)**
- Aperistalsis (100% peristalsis fallidas)
- Panpresurización esofágica (>30 mmHg)

- La menos frecuente (5%)
- Contracciones espásticas con o sin periodos de panpresurización esofágica.



Los tres subtipos : fallo en la relación del EEI

Siguiente

PREGUNTA 2: ¿Cuál de estas escalas se utiliza para evaluar la severidad de los síntomas referidos por el paciente con acalasia y su respuesta al tratamiento?

1. GSFQ
2. Eckardt
3. Glasgow-Blatchford
4. DeMeester

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

PREGUNTA 2: ¿Cuál de estas escalas se utiliza para evaluar la severidad de los síntomas referidos por el paciente con acalasia y su respuesta al tratamiento?

1. GSFQ
- 2. Eckardt**
3. Glasgow-Blatchford
4. DeMeester

Siguiente

Escala de Eckardt

- Puntuación de 0 a 12
- El tratamiento se considera efectivo si la puntuación desciende hasta 3 o menos

Sistema de puntuación clínica de Eckardt para acalasia				
Puntuación	Pérdida de peso kg	Disfagia	Dolor tórax retroesternal	Regurgitación
0	No	No	No	No
1	<5 kg	Ocasional	Ocasional	Ocasional
2	5-10 kg	Diario	Diario	Diario
3	>10 kg	Cada comida	Cada comida	Cada comida

Siguiente

PREGUNTA 3: ¿Cuál de estas opciones NO es considerada una opción de tratamiento eficaz para la acalasia?

1. Dilatación endoscópica con balón
2. Miotomía peroral endoscópica (POEM)
3. Tratamiento médico con procinéticos
4. Miotomía de Heller
5. Inyección endoscópica de toxina botulínica

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

PREGUNTA 3: ¿Cuál de estas opciones NO es considerada una opción de tratamiento eficaz para la acalasia?

1. Dilatación endoscópica con balón
2. Miotomía peroral endoscópica (POEM)
- 3. Tratamiento médico con procinéticos**
4. Miotomía de Heller
5. Inyección endoscópica de toxina botulínica

Siguiente

Acalasia: Opciones de tratamiento

- **Tratamiento médico:**
 - Antagonistas de calcio, nitratos, anticolinérgicos, teofilina, sildenafil...
 - Poco eficaces
- **Inyección endoscópica de toxina botulínica en EI**
 - Eficaz (78%)
 - No necesita anestesia general, bajo riesgo de complicaciones
 - Problemas: Pérdida de eficacia con el tiempo, necesidad de tratamiento repetidos, puede interferir con miotomía posterior
 - A valorar en no aptos a otras terapias más agresivas, por encima de tratamiento médico
- **Dilatación esofágica**
 - Eficaz (variable, 50-90%)
 - Estandarizada, no necesita anestesia general, no interfiere con tratamientos posteriores
 - Problemas: Riesgo de perforación (2%), no efectiva en acalasia tipo III, en ocasiones precisa varias sesiones. No recomendada en pacientes jóvenes
 - A valorar si miotomía previa no efectiva
 - A valorar en pacientes con alto riesgo anestésico

Siguiente

Acalasia: Opciones de tratamiento

- **Miotomía peroral endoscópica (POEM)**
 - Eficaz (80-90%)
 - Válida para cualquier tipo de acalasia (la mejor indicación-acalasia tipo III), fallo de otros tratamientos previos, no cicatrices visibles
 - Problemas: anestesia general, curva de aprendizaje importante, no técnica antirreflujo asociada estandarizada, riesgo de ERGE y esofagitis erosiva (mayor de M.Heller)
 - pHmetría patológica en 39%, incluso en ausencia de síntomas
 - Esofagitis erosiva 29.4%
 - Buen control con IBP

Siguiente

Acalasia: Opciones de tratamiento

- **Miotomía laparoscópica de Heller**

- Eficaz (80-90%)
- Válida para cualquier tipo de acalasia, fallo de otros tratamientos previos, se puede asociar técnica antirreflujo intraprocedimiento
- Problemas: anestesia general, procedimiento invasivo, curva de aprendizaje importante, riesgo de ERGE y esofagitis erosiva (menor que POEM, especialmente si se asocia técnica antirreflujo)
 - pHmetría patológica en el 16.8%
 - Esofagitis erosiva 7.6%

Siguiente

Caso clínico

- Precisa ingreso por afagia, con intolerancia oral a líquidos, vómitos de la dieta túrmix y los suplementos nutricionales.
- Tras explicar opciones terapéuticas, se optó por realizar miotomía peroral endoscópica (POEM).
- Se realizaron estudios de control tras tratamiento

Siguiente

PREGUNTA 4: ¿Cuál de estas opciones es un posible efecto secundario del POEM?

1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
2. Mediastinitis
3. Neumomediastino
4. Neumoperitoneo
5. Todas las anteriores son correctas

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

PREGUNTA 4: ¿Cuál de estas opciones es un posible efecto secundario del POEM?

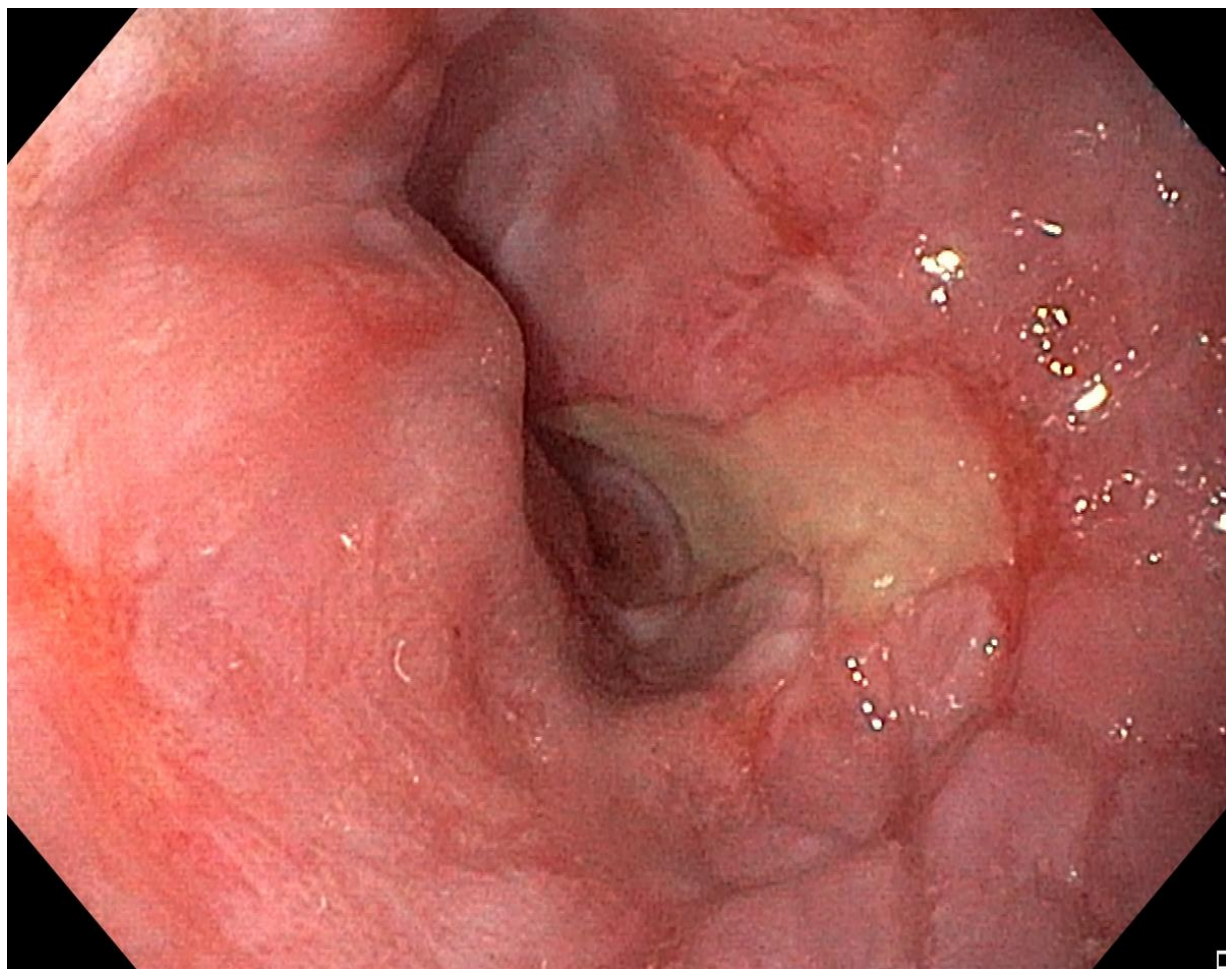
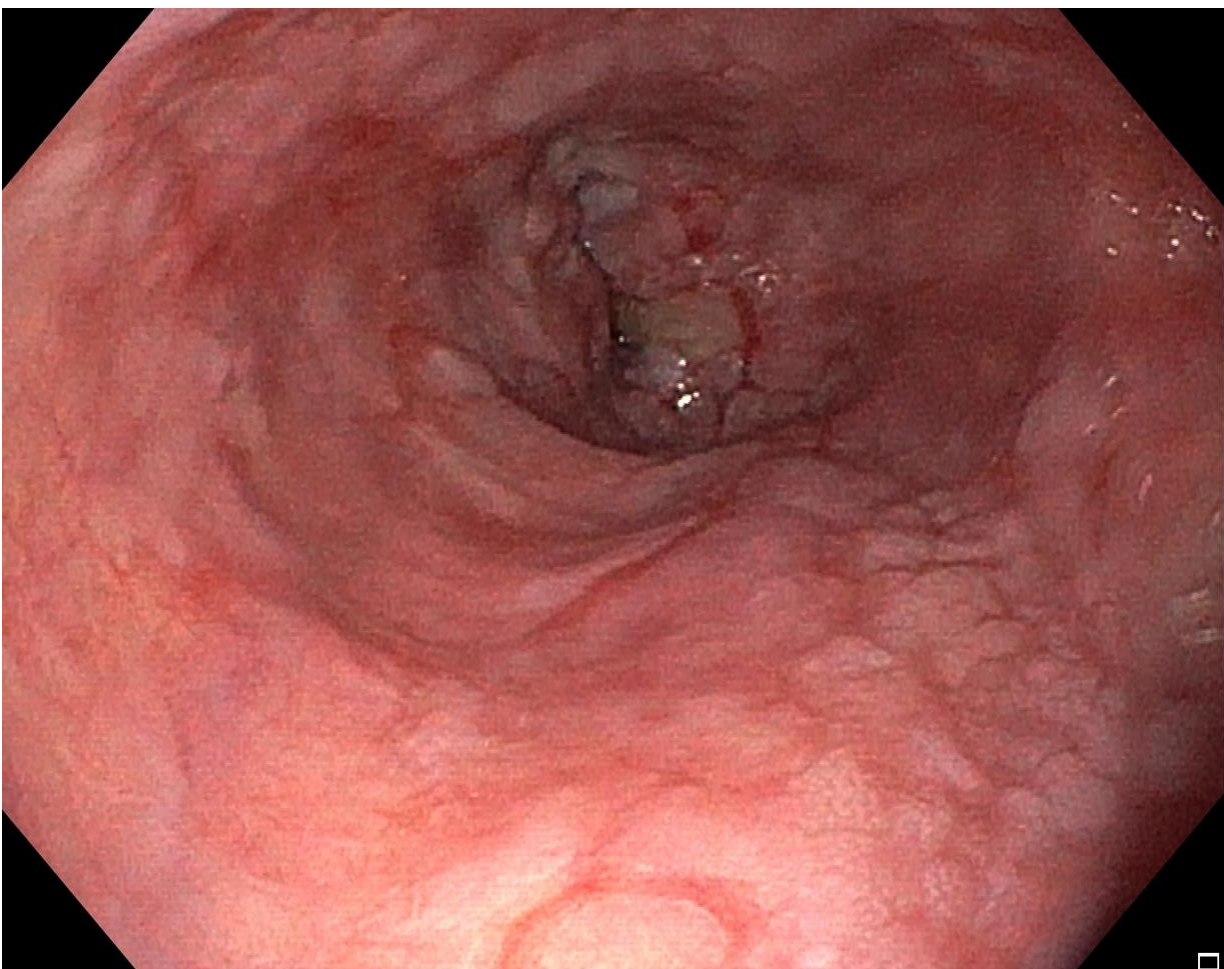
1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
2. Mediastinitis
3. Neumomediastino
4. Neumoperitoneo
5. **Todas las anteriores son correctas**

Siguiente

Gastroscoopia de control (4 meses)

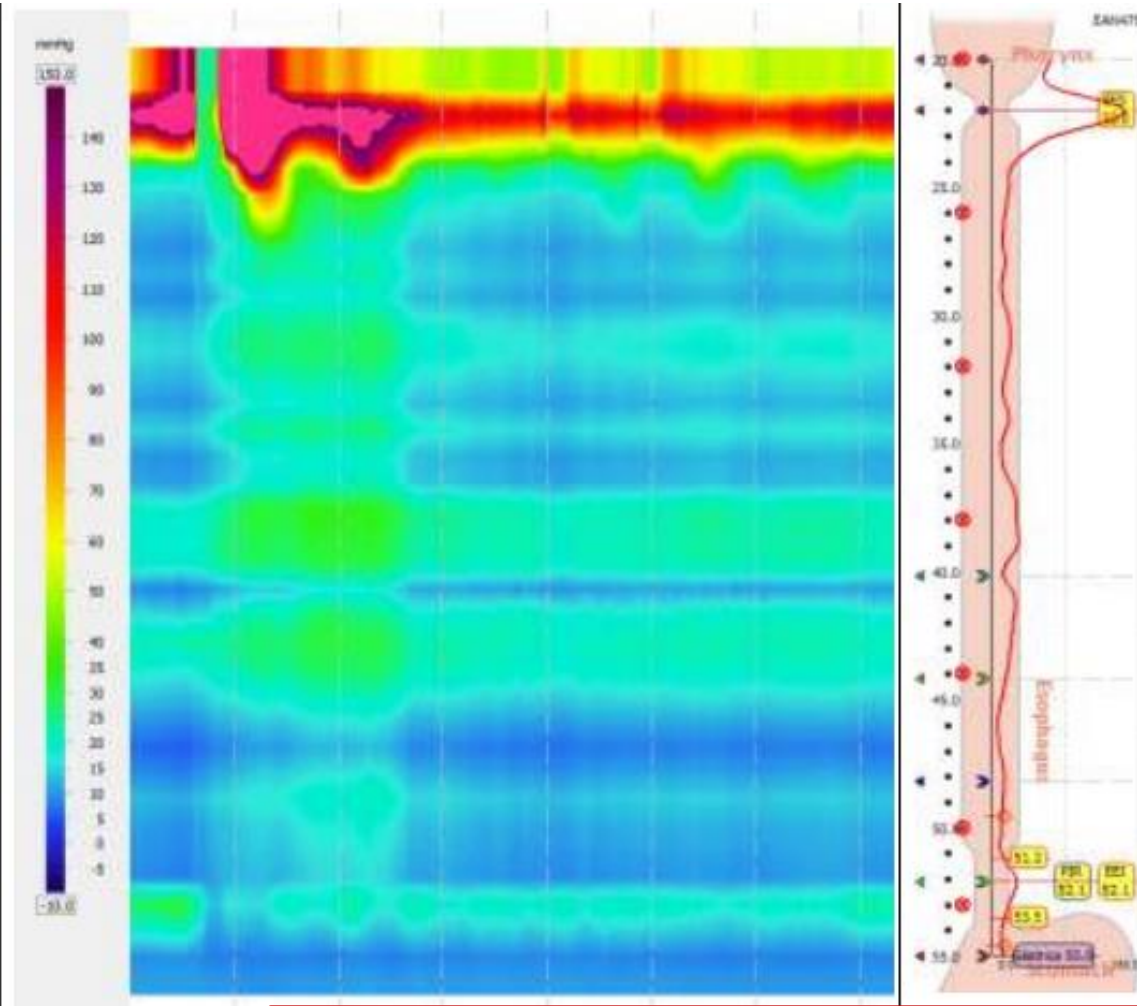
- A 31 cm persisten 2 clips, con buena cicatriz. Esófago distal con mucosa distrófica. Cardias entreabierto, a 43 cm, que presenta una úlcera de 0,5 cm que coincide con el trayecto del túnel submucoso, de probable origen isquémico/traumático, más que péptico. En retroflexión sólo ligeramente entreabierto.
- Resto normal hasta segunda porción duodenal.

Siguiente



Siguiente

Manometría de control (6 meses)



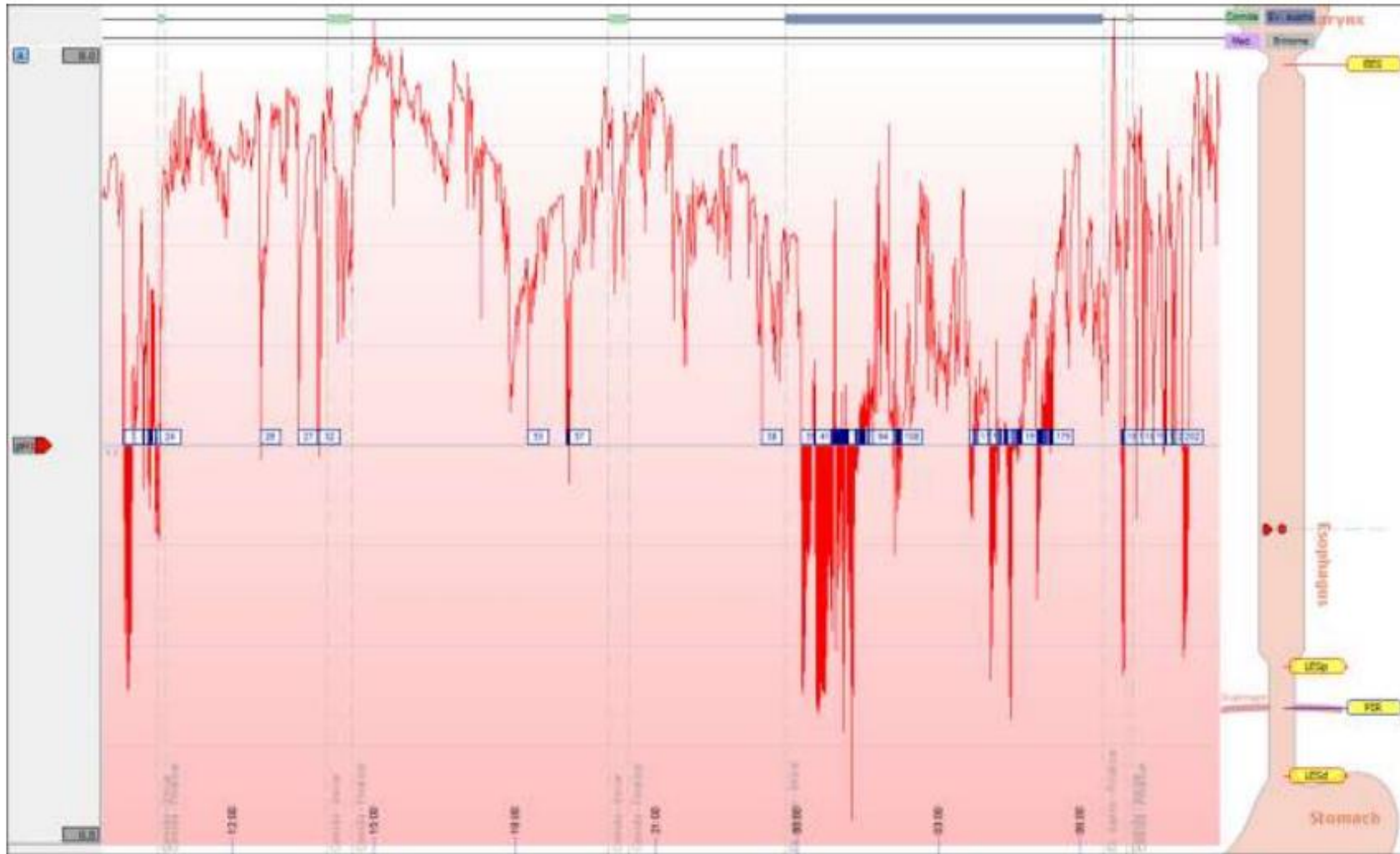
Región del esfínter esofágico inferior		Normal	Motilidad esofágica		Normal
Puntos de referencia			Número de degluciones evaluadas	11	
EEI proximal (desde fosas nasales) (cm)	51.2		Clasificación de Chicago		
Longitud del EEI (cm)	2.3	2.7-4.8	% fallido	100	
Longitud esofágica (centros de EEI-EES) (cm)	30.1		% débil	0	
Longitud de EEI intra-abdominal (cm)	1.4		% ineficaz	100	
¿Hernia hiatal?	No		% presurización panesofágica	82	
Presiones del EEI			% contracción prematura	0	
Método de medición de la presión	eSleeve, PRI		% contracción rápida	0	
Basal (media respirat.) (mmHg)	13.6	13-43	% fragmentado	0	
Residual (mediana) (mmHg)	6.5	<15.0	% intacto	0	
Porcentaje de relajación (%)	52	>40.0%	Número de degluciones hipercontráctiles	0	
			Parámetros de alta resolución adicionales		
			Latencia distal	n.d.	
			Integral contractib. distal (media) (mmHg-cm-s)	n.d.	500-5000
			Velocidad de frente contráctil (cm/s)	n.d.	<9.0
			Evaluado en 3.0 - 11.0 por encima del EEI		
			Peristáltica (velocidad ≤ 6.25 cm/s) (%)	0	
			Simultánea (velocidad ≥ 6.25 cm/s) (%)	9	$\leq 10\%$
			Fallido (%)	91	0%
			Evaluado en 3.0 y 7.0 por encima del EEI		
			Amplitud de onda media (mmHg)	n.d.	43-152
			Duración de onda media (s)	n.d.	2.7-5.4
			Ondas con dos picos (%)	n.d.	$\leq 15\%$
			Ondas con tres picos (%)	n.d.	0%
			Velocidad (11.0-3.0 por encima EEI) (cm/s)	n.d.	2.8-6.3
Esfínter esofágico superior			Motilidad faríngea/EES		Normal
Presión basal media (mmHg)	135.1	34-104	Nº. de degluciones evaluadas	11	
Presión residual media (mmHg)	17.4	<12.0	Evaluado en 2.0 y 3.0 por encima del EES		
			Presión pico media (mmHg)	26.6	

Impresiones

ACALASIA TIPO II (CON COMPRESIÓN ESOFÁGICA) INTERVENIDA, CON NORMALIZACIÓN DE LA RELAJACION ESFINTERIANA Y DEL GRADIENTE DE PRESIONES ESOFAGOGÁSTRICO.

Siguiente

pHmetría basal de control (6 meses)



Siguiente

PHMETRÍA ESOFÁGICA 24H

<u>Análisis de reflujo ácido</u>	Canal 1
Total	
Tiempo en reflujo (HH:MM)	02:29
Número de reflujos	202
Número de reflujos por hora	8.5
% de tiempo en reflujo	10.5
Número de reflujos largos	7
Reflujo más largo (HH:MM)	00:19
Posición vertical	
Tiempo en reflujo (HH:MM)	00:37
Número de reflujos	65
Número de reflujos por hora	3.8
% de tiempo en reflujo	3.6
Número de reflujos largos	2
Reflujo más largo (HH:MM)	00:09
Ev. supino	
Tiempo en reflujo (HH:MM)	01:53
Número de reflujos	137
Número de reflujos por hora	20.3
% de tiempo en reflujo	27.8
Número de reflujos largos	5
Reflujo más largo (HH:MM)	00:19

Posprandial	
Tiempo en reflujo (HH:MM)	00:13
Número de reflujos	21
Número de reflujos por hora	2.7
% de tiempo en reflujo	2.8
Número de reflujos largos	1
Reflujo más largo (HH:MM)	00:08

<u>Puntuación de DeMeester</u>	Canal 1
Normal $\leq 14,72$ (95 percentil)	63.2

Descripción del procedimiento

pHmetría de Canal Simple. Estudio basal sin tratamiento. Sonda colocada a 46 cm, guiados por manometría previa.

Interpretación/hallazgos

RGE patológico moderado-severo durante el decúbito, periodo en el que presenta 137 reflujos, 5 de ellos prolongados de hasta 19 minutos.

No reporta síntomas.

Siguiente

Caso clínico

- 6 meses tras el tratamiento, el paciente recuperó el peso perdido y estaba asintomático, con un índice de Eckardt de 0.
- Dados los hallazgos de la pHmetría basal de control, se inicia tratamiento con IBP.

Siguiente

Bibliografía/Para saber más

- Yadlapati, R. et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0 ©. Neurogastroenterology & Motility, 33(1).2020. doi:10.1111/nmo.14058
- Repici A, et al. GERD after per-oral endoscopic myotomy as compared with Heller's myotomy with fundoplication: a systematic review with meta-analysis. Gastrointest Endosc. 2018 Apr;87(4):934-943.e18. doi: 10.1016/j.gie.2017.10.022. Epub 2017 Nov 2. PMID: 29102729.
- Martins RK, et al. PERORAL (POEM) OR SURGICAL MYOTOMY FOR THE TREATMENT OF ACHALASIA: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. Arq Gastroenterol. 2020 Jan-Mar;57(1):79-86. doi: 10.1590/S0004-2803.202000000-14. PMID: 32294740.
- Mundre P et al. Efficacy of surgical or endoscopic treatment of idiopathic achalasia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2021 Jan;6(1):30-38. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30296-X. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33035470.
- Werner YB, et al. Endoscopic or Surgical Myotomy in Patients with Idiopathic Achalasia. N Engl J Med. 2019 Dec 5;381(23):2219-2229. doi: 10.1056/NEJMoa1905380. PMID: 31800987.
- Dirks RC, et al. ; SAGES guidelines committee. Is peroral endoscopic myotomy (POEM) more effective than pneumatic dilation and Heller myotomy? A systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2021 May;35(5):1949-1962. doi: 10.1007/s00464-021-08353-w. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33655443.
- Costantini M, et al. Esophageal Achalasia: Pros and Cons of the Treatment Options. World J Surg. 2022 Mar 3. doi: 10.1007/s00268-022-06495-z. Epub ahead of print. PMID: 35238987.

Siguiente



Ha finalizado el caso clínico

Caso clínico: Trastorno motor esofágico

Sara Alonso Fernández

Marta Pascual Mato

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,
Santander