



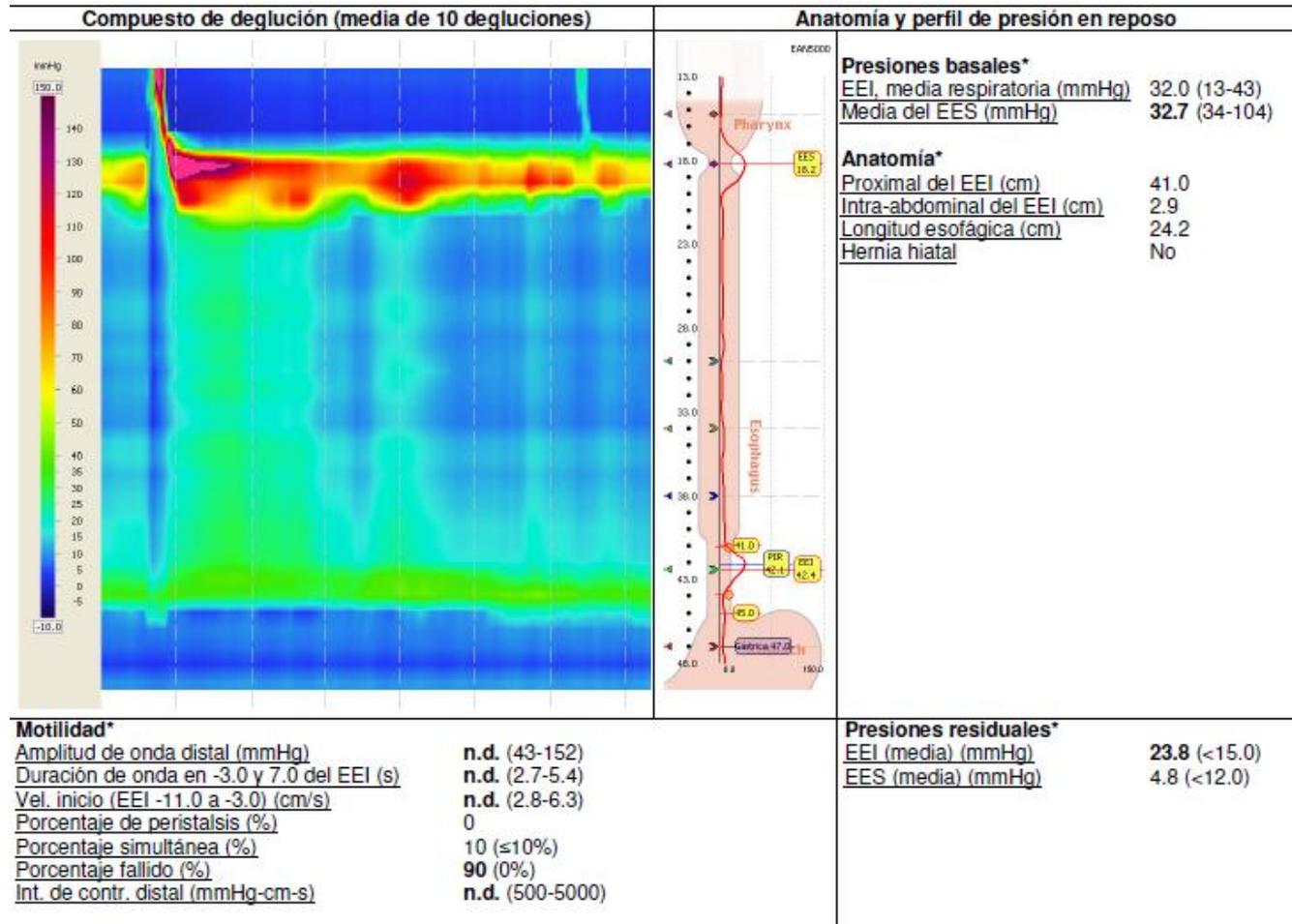
Contenido destacado del mes Julio 2019

Trastornos de motilidad-Pruebas funcionales digestivas

Dra. Claudia Barber y Dr. Luís Gerardo Alcalá

1. Varón de 16 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que acude a la consulta por disfagia a sólidos y líquidos de 2 años de evolución, con sensación de ocupación retroesternal, sin náusea o vómito, acompañado en los últimos meses de pérdida de peso (6kg).
 - Se realiza fibrogastroscoopia que evidencia cardias puntiforme condicionando dificultad para el paso del endoscopio.

- Se realizó una manometría esofágica de alta resolución con el siguiente resultado.



1. Según los hallazgos de la manometría esofágica ¿Cual de las siguientes afirmaciones es verdadera ?

[Haga click en la respuesta que considere correcta](#)

- a) El aumento de la presión del EES y la fuerza de contracción simultanea en todo el cuerpo esofágico es sugestivo de un esófago en cascanueces.
- b) La ausencia de relajación del EEI acompañado de peristalsis fallida es diagnóstico de una acalasia tipo III.
- c) La ausencia de relajación del EEI acompañado de peristalsis fallida y panpresurización esofágica es diagnóstico de una acalasia tipo I.
- d) El IRPF mayor de 15 descarta el diagnóstico de acalasia y se trata de un trastorno motor del cuerpo esofágico.
- e) Ninguna de las anteriores.

¡Respuesta correcta!

e) Ninguna de las anteriores

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

La acalasia, es un trastorno motor esofágico caracterizado por la ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior durante la deglución acompañado de ausencia de peristalsis del cuerpo esofágico. Estas alteraciones provocan una alteración del tránsito de alimentos de la boca al estómago que típicamente se presenta como disfagia. La forma más común de acalasia es la idiopática. La enfermedad ocurre por destrucción secundaria del plexo mientérico que coordina la contracción peristáltica y la relajación del esfínter esofágico inferior. La incidencia es similar en todo el mundo, sin diferencias de sexo o raza. El diagnóstico de acalasia radica en la manometría esofágica, donde se observan los hallazgos característicos de alteraciones de la contracción esofágica y ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior con la deglución.

Según la clasificación de Chicago, existen 3 tipos de acalasia según los patrones de presurización esofágica en la manometría esofágica de alta resolución.

Tipo I (Acalasia clásica) la deglución no condiciona cambios significativos en la presurización esofágica. Se caracteriza por 100% de degluciones con peristalsis fallida con una integral de la contractilidad distal menor a 100 mmHg.s.cm

Tipo II La deglución ocasiona presurización simultánea en todo el cuerpo esofágico. Se caracteriza por 100% de las degluciones con peristalsis fallida y al menos 20% de pan-presurización esofágica.

Tipo III (Acalasia espástica) La deglución desencadena espasmos esofágicos anormales, caracterizados por ausencia de una peristalsis normal y contracciones esofágicas prematuras con una integral de la contractilidad distal elevada (DCI mayor de 450 mmHg.s.cm) en al menos 20% de las degluciones.

2. ¿Cual de las siguientes afirmaciones en relación al tratamiento es correcta?

Haga click en la respuesta que considere correcta

- a) El tratamiento con dilatación neumática a demanda esofágica es superior a la miotomía de Heller.
- b) El tratamiento de elección es la inyección de toxina botulínica por endoscopia en el EEI, y solamente se utilizan las demás alternativas como terapia de rescate.
- c) La Acalasia tipo I y II tienen peor pronóstico que la Acalasia tipo III.
- d) Actualmente se recomienda realizar POEM en pacientes con acalasia tipo III por la ventaja de poder realizar una miotomía más amplia.
- e) Los tratamientos son altamente efectivos y rara vez se requiere de reintervenciones.

¡Respuesta correcta!

d) Actualmente se recomienda realizar POEM en pacientes con acalasia tipo III por la ventaja de poder realizar una miotomía más amplia.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

El tratamiento de acalasia esta dirigido a disminuir la presión en reposo del esfínter esofágico inferior hasta lograr que no impida el paso del material ingerido, esto puede obtenerse con la disrupción mecánica de las fibras de músculo liso del EEI (POEM, miotomía de Heller o dilatación con balón) o con reducción farmacológica de la contracción muscular (inyección de toxina botulínica o nitratos orales).

Los diferentes fenotipos de acalasia tienen importancia pronóstica, el tipo II tiene los mejores resultados y el tipo III tiene los peores. Recientemente se han realizado series no aleatorizadas de POEMs en pacientes con acalasia tipo III, realizando miotomías más extensas según el segmento esofágico distal afectado en la manometría esofágica, engrosamientos de la pared esofágica en pruebas de imagen o FLIP intraoperatorio. Un meta-análisis demostró una respuesta cercana al 92% en pacientes con acalasia tipo III en los que se realizó POEMs con miotomías amplias. En el caso de acalasia tipo II, existe un trastorno obstructivo puro acompañado de remanentes de peristalsis distal normal que se vuelven evidentes una vez resuelta la obstrucción. Estudios recientes han demostrado resultados similares entre la dilatación con balón y la miotomía de heller en acalasia tipo II. En el estudio europeo de acalasia, donde se aleatorizaron pacientes con acalasia a dilatación con balón intermitente y a demanda vs miotomía de Heller, la eficacia de la dilatación endoscópica para acalasia tipo II fue del 100%. Considerando el menor coste de la dilatación con balón, probablemente sea el tratamiento de elección.

Las inyecciones de toxina botulínica son la menos invasiva de todas las técnicas endoscópicas, y puede realizarse en una endoscopia de rutina, la mayor desventaja es la alta tasa de recidiva.

El uso de nitratos es el menos efectivo de todos los tratamientos para acalasia, y debe de reservarse para aquellos que no desean o no pueden someterse a procedimientos invasivos.

Comentario

Si quieres saber más...

-Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Carlson DA, Pandolfino JE. Advances in Management of Esophageal Motility Disorders. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018;16(11):1692-1700.

- Zaninotto G, Bennett C, Boeckxstaens G, et al. The 2018 ISDE achalasia guidelines. Dis Esophagus. 2018;31(9)

2. Mujer de 22 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por eructos frecuentes de 6 meses de evolución, de inicio súbito y que interfieren con las actividades de la vida diaria. Se realizó una fibrogastroscoopia que fue estrictamente normal.

- Se solicita una pHmetría y una manometría esofágica con los siguientes hallazgos.

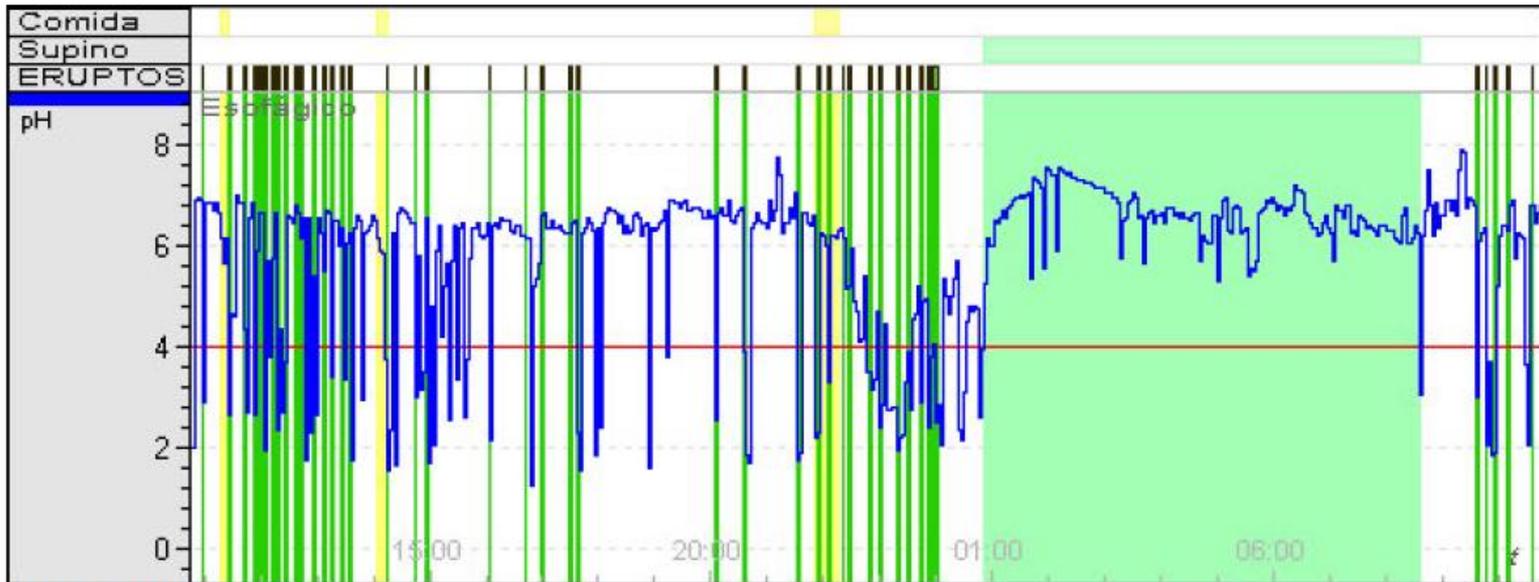
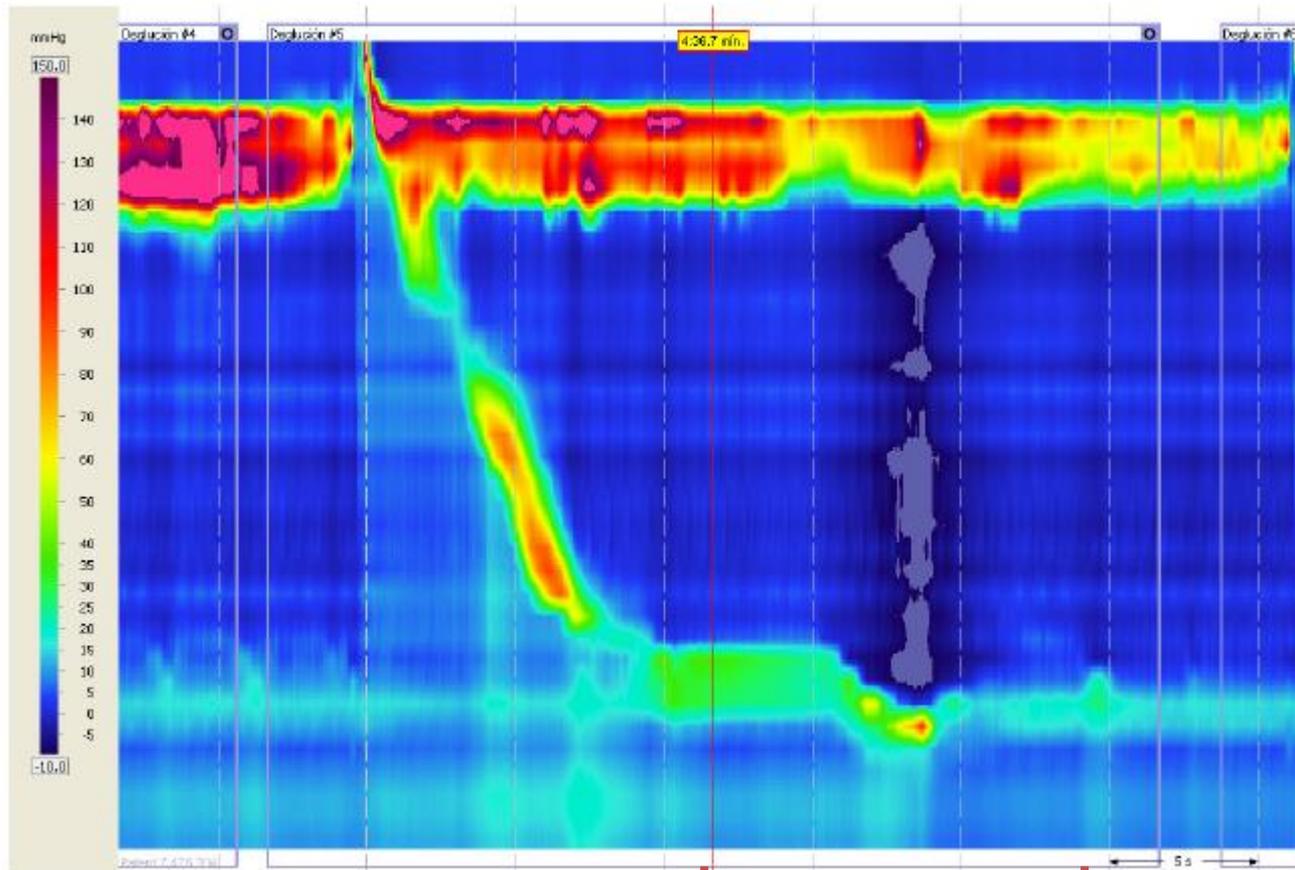


Tabla de Reflujo - Esofágico

	Total	Erguido	Supino	Comida	PostPr	ERUPTOS
Duración del Período (min)	1d	16:14	07:46	00:42	06:00	01:35
Número de Reflujos	99	98	1	5	62	35
Número de Reflujos Prolongados >5 (min)	1	1	0	0	1	0
Duración del Reflujo Más Largo (min)	10	10	0	1	10	3
Tiempo pH<4 (min)	49	49	0	1	34	13
Fracción de Tiempo en pH <4 (%)	3.4	5.0	0.0	3.2	9.4	13.3
Aclaramiento Esofágico (min/refl)	0.5	0.5	0.1	0.3	0.5	0.3

Puntuación DeMeester-Esofágico

Puntuación Total= 10.8 , Normales DeMeester menores de 14.72 (percentil 95)



Area de interés

1. ¿Qué alteraciones se observan en la manometría esofágica de alta resolución?

Haga click en la respuesta que considere correcta

- a) Hipertonía del EES e hipomotilidad esofágica.
- b) Manometría esofágica normal.
- c) Aerofagia y contracción del EI con relajación del EES.
- d) Hipertonía del EEI con motilidad esofágica normal.
- e) Hipotonía del EES y del EEI.

¡Respuesta correcta!

c) Aerofagia y contracción del EI con relajación del EES.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

2. Según los resultados de las pruebas complementarias, ¿Cuál sería el diagnóstico más probable correcta?

Haga click en la respuesta que considere correcta

- a) Enfermedad por reflujo gastroesfágico
- b) Hernia de hiato sintomática
- c) Eructos supragástricos
- d) Espasmo esofágico difuso
- e) Acalasia

¡Respuesta correcta!

c) Eructos supragástricos

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

Los eructos pueden definirse como la expulsión oral de bolos de gas procedentes del tracto gastrointestinal superior. En la mayoría de los sujetos es un fenómeno fisiológico. Los eructos pueden originarse en la cavidad gástrica o ser secundarios a la succión de aire al esófago (supragástricos).

Los pacientes con eructos frecuentes y molestos normalmente presentan eructos supragástricos. Pueden ser desencadenados por síntomas digestivos como distensión/hinchazón abdominal, enfermedad por reflujo gastroesofágico o hipomotilidad esofágica. Característicamente no aparecen durante el sueño y disminuyen si el sujeto es distraído.

El diagnóstico es inicialmente clínico, cuando el cuadro es compatible con eructos supragástricos se pueden evidenciar alteraciones en la manometría esofágica de alta resolución (contracción del EEI, relajación del EES y aerofagia). La prueba de referencia es la impedanciometría, donde se puede observar un aumento de la impedancia que comienza en los canales proximales y que va progresando a distal, luego presenta una vuelta de impedancia iniciado de distal y terminando en proximal.

El tratamiento consiste en explicarle al paciente la naturaleza de sus síntomas y el origen conductual, recalando la ausencia de una patología orgánica. Se han utilizado diferentes técnicas con eficacia demostrada, entre ellas destaca la terapia cognitivo conductual, la terapia con biofeedback y la terapia del lenguaje. Actualmente el único medicamento probado es el baclofeno, sin embargo su uso se encuentra limitado por los efectos adversos.

Comentario

Si quieres saber más...

-Ooi JL, Vardar R, Sifrim D. Supragastric belching. Curr Opin Gastroenterol. 2016;32(4):302-9.

- Kessing BF, Bredenoord AJ, Smout AJ. The pathophysiology, diagnosis and treatment of excessive belching symptoms. Am J Gastroenterol. 2014;109(8):1196-203).



Ha finalizado el caso clínico

Trastornos de motilidad-Pruebas funcionales digestivas

Dra. Claudia Barber y Dr. Luís Gerardo Alcalá