



Revista Cubana de Cirugía

ISSN: 0034-7493

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Cirugía

Cuba

García Gutiérrez, Alejandro  
Acalasia del esófago  
Revista Cubana de Cirugía, vol. 46, núm. 1, enero-marzo, 2007  
Sociedad Cubana de Cirugía  
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281222997014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Acalasia del esófago

Dr. Alejandro García Gutiérrez<sup>1</sup>

### 1. DEFINICIÓN

El término acalasia deriva del griego donde significa falta de relajación, lo que se refiere al esfínter esofágico inferior, pero no incluye la totalidad de los trastornos motores que se presentan en esta afección, los cuales comprenden a todo el cuerpo del esófago, caracterizados por la ausencia de la onda motora primaria de esófago.

### 2. CLASIFICACIÓN

- Dolicomegaesófago.
- Fusiforme. Que algunos clasifican en diferentes tipos según el diámetro de la dilatación del esófago.

### 3. DIAGNÓSTICO

Se basa en el cuadro clínico y los exámenes complementarios.

3.1. Cuadro clínico: Disfagia paradójica (Primero a los líquidos y después a los alimentos sólidos), sialorrea y regurgitaciones. Descartar neuropatía

3.2. Exámenes complementarios:

- Imagenología: Radiografía simple del tórax en posición vertical (Ensanchamiento del mediastino, con o sin nivel hidroaéreo).
- Esofagograma contrastado, con técnica de polo superior gástrico, para investigar el vaciamiento del esófago, su característica terminación en punta de lápiz y descartar un cáncer del esófago o de la unión esofagogástrica.
- Esofagoscopia con citología y biopsia.
- Manometría y motilidad esofágica (Ausencia o anormalidades de la onda primaria e hipertonia y falta de relajación del esfínter esofágico inferior). Examen fundamental.

### 4. TRATAMIENTO

4.1. Médico:

De resultados transitorios, solo está indicado excepcionalmente como tratamiento sintomático, sobre todo en pacientes con mal estado general, ya que puede aliviar por breves períodos una crisis de falta de relajación del esfínter esofágico inferior o de espasmos de la musculatura esofágica.

Se han usado los medicamentos siguientes:

- Anticálcicos, como la nifedipina, en tabletas de 10 mg por vía sublingual, o por vía intramuscular, tabletas sublinguales de nitroglicerina antes y durante la ingestión de los alimentos y el empleo de nitratos de acción prolongada.
- Toxina botulínica, inyectada endoscópicamente en el esfínter esofágico inferior.
- La psicoterapia es útil como apoyo para cualquier procedimiento terapéutico que se vaya a utilizar.
- La dieta se adecuará a la tolerancia y gustos del paciente.

#### 4.2. Dilataciones

Son recomendadas por algunos autores que han obtenido remisiones hasta de dos años, por lo que pueden indicarse en los pacientes con enfermedad incipiente, o que rechacen el tratamiento quirúrgico.

Contraindicaciones a la dilatación:

- Cuando existan lesiones del esófago (efracciones, ulceraciones u otras).
- En los niños y en pacientes adultos que no cooperen con el tratamiento.
- En los pacientes con dolicoesófago, por la poca resistencia y delgadez de la pared del esófago.
- Las dilataciones se interrumpirán, cuando, en el transcurso del tratamiento, el paciente presente dolor y fiebre después de ellas.

#### 4.3. Tratamiento quirúrgico

Indicaciones:

- Cuando exista una neoplasia asociada, o extensas zonas de esofagitis o leucoplasia.
- Ante la negativa del paciente a realizarse las dilataciones, la imposibilidad de pasar las bujías para realizarlas, o el fracaso de las mismas, porque hay que repetirlas con demasiada frecuencia.

Técnicas quirúrgicas.

- Dolicoesófago:
  - Resección de la porción distal estenosada y redundante del esófago y reemplazo con un segmento pediculado de yeyuno o de colon transverso.
  - La exéresis del esófago debe ser subtotal cuando coexista una neoplasia maligna o extensas zonas de lesiones

precancerosas, en cuyo caso estará indicada, en primer lugar, una esofagectomía transhiatal y reemplazo con un tubo gástrico.

- En la acalasia fusiforme:
  - Esofagocardiomiectomía de Heller-Zaaijer, 5 cm hacia el esófago y 2 cm hacia el estómago, por vía abdominal o torácica izquierda, asociada a una técnica antirreflujo, preferentemente la posterior de Toupet de 270°, fijada a los bordes de la miectomía, el Nissen flojo y corto o la anterior de Dor (Sobre todo cuando se ha producido una efracción de la mucosa esofágica durante la miectomía).
- Estas técnicas se pueden realizar por vía abierta o de mínimo acceso (toracoscópica o laparoscópica), prefiriéndose en forma creciente esta última vía.

<sup>1</sup> Profesor de Mérito (ISCM-H), Profesor Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Especialista de II Grado en Cirugía General, Jefe del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.