

Acalasia, experiencia de 6 años. Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia" (2001-2007) (Achalasia, a 6 Years Study at the Calderon Guardia Hospital)

Viviana Hernández-de Mezerville, Edgar Izquierdo-Sandí, Gerardo Avendaño-Alvarado,
Ricardo Barahona-García, Alessia Ávalos-Giugliarelli, Rolando Páez-Sáenz, Rigoberto Salas-Aguilar

Resumen

Objetivos: Caracterizar la población de pacientes vistos con esta entidad en el Hospital "Dr. Rafael Angel Calderón Guardia" durante los últimos 6 años y determinar su presentación clínica, método(s) de diagnóstico utilizado (s), tratamiento brindado y evolución durante el primer año postratamiento.

Materiales y métodos: Se analizaron los expedientes clínicos de hospitalización de los pacientes con acalasia atendidos desde enero de 2001 hasta enero de 2007; luego se revisaron las notas de evolución de la consulta externa de Gastroenterología durante el año posterior a la terapia brindada.

Resultados: Durante el periodo se analizaron 30 pacientes en total. Hubo una discreta predominancia del género masculino y la edad promedio en el momento del diagnóstico fue de 50,37 años. El 100% de los pacientes presentó disfagia de larga data y los síntomas asociados más frecuentes fueron la pérdida de peso y el dolor torácico. Los métodos diagnósticos más utilizados fueron la manometría esofágica, la endoscopia y el esofagograma. El tratamiento que más se empleó fue la dilatación neumática seguida de la cirugía. El 50% de los pacientes reinició o persistió con disfagia durante el año siguiente a su tratamiento. La incidencia de complicaciones fue baja y no hubo perforación esofágica.

Conclusiones: Las características generales y la presentación clínica de los pacientes coincidieron con lo descrito en la bibliografía. El tratamiento que más se brindó fue la dilatación neumática. La mitad de los pacientes presentaron o continuaron con síntomas postratamiento.

Descriptor: acalasia, trastornos motores esofágicos, disfagia.

Abstract

Objectives: To determine the general characteristics of patients with diagnosis of achalasia seen during the last 6 years at the Dr. Rafael Angel Calderon Guardia Hospital, their clinical presentation, diagnostic methods utilized, treatments given and the presence of dysphagia within the following year after therapy.

Methods: We analyzed the clinical records of patients with achalasia seen from January 2001 to January 2007. We also reviewed out patient clinic notes, looking for the persistence or recurrence of dysphagia during the first year after therapy.

Servicio de Gastroenterología,
hospital "Dr. Rafael Angel
Calderón Guardia".

Abreviaturas: HCG; Hospital
Dr. Rafael Ángel Calderón
Guardia

Correspondencia:

Viviana Hernández-de Mezerville
vivihdm@hotmail.com

Results: 30 patients were found and included in the study. There was a slight male gender predominance, and an average age of 50,37 years. All the patients had long standing dysphagia, the other most frequent symptoms were weight loss (43,33%) and chest pain (13,33%). The more commonly used diagnostic methods were esophageal manometry, endoscopy and barium esophagogram. Pneumatic dilation was the most frequently utilized treatment (46,67%) followed by surgery (26,67%). Half the patients recurred or continue having dysphagia during the year following treatment. The rate of complications was low and there were no esophageal perforations or mediastinitis.

Conclusions: The general characteristics and clinical presentation of the patients agreed with those mentioned in the literature. Esophagic manometry was the most used diagnostic test and esophageal dilation was the preferred treatment. The rate of dysphagia within a year post-treatment was high.

Key words: achalasia, esophagic motility disorders, dysphagia

Recibido: 22 de mayo de 2008 **Aceptado:** 25 de noviembre de 2008

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, caracterizada por un aumento de la presión del esfínter esofágico inferior, con imposibilidad de relajación completa de este y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico en las últimas etapas de la enfermedad.¹⁻⁵ Su etiología aún se desconoce, pero se postula que obedece a una enfermedad degenerativa de las neuronas y que produce ausencia, atrofia o desintegración de las células ganglionares de los plexos mientéricos esofágicos y disminución de las fibras nerviosas.¹ Fue descrita por primera vez por Thomas Willis en 1674, quien la denominó cardioespasmo,¹ pero fue hasta 1937 cuando Lendrum propuso el concepto actual y el nombre de la entidad.¹ Su incidencia aproximada es de 1/ 100 000 personas,^{2,4,6} afecta a ambos géneros por igual y, generalmente, se manifiesta en edades de 25 a 60 años.^{3,4,7} Se presenta clínicamente con disfagia, regurgitación, dolor torácico, pérdida de peso y, en algunos casos, neumonía por aspiración. Su diagnóstico puede realizarse por esofagograma con bario y endoscopia, pero el método de diagnóstico definitivo es la manometría esofágica, que muestra aperistalsis y relajación incompleta del esfínter esofágico inferior.^{2-5,8}

Ningún tratamiento resuelve la pérdida neuronal, de modo que cualquier terapia debe considerarse paliativa. Existen muchas modalidades terapéuticas: tratamiento médico con nitratos o calcioantagonistas,^{3,4,8-10} dilatación neumática esofágica,^{2,3,8-12} inyección de toxina botulínica^{3,8-10,13,14} y manejo quirúrgico (cardiomiotomía con o sin procedimiento antirreflujo por laparoscopia o por vía torácica, esofagectomía, cardioplastia).^{3,7-10,15,16} Los estudios han mostrado resultados de éxito variable con cada modalidad: el manejo médico controla transitoriamente los síntomas en pacientes con enfermedad inicial sin dilatación esofágica importante;⁸⁻¹¹ el uso de toxina botulínica tiene buen efecto en el corto plazo (65-90%), pero va disminuyendo hasta requerir nuevas dosis,¹³⁻¹⁴ la dilatación endoscópica es exitosa entre un 60% y un 85% en el corto plazo, pero su efecto en el largo plazo no está claro;^{2,8-11} el tratamiento

quirúrgico, que es la terapéutica preferida en la actualidad, es exitoso entre un 80% y un 90% de los casos, y en el largo plazo en un 85%, pero es invasivo y no todos los pacientes son candidatos.^{3,7-10,15,16}

En Costa Rica, en 1990, Campos¹⁷ reportó 25 casos de acalasia del Hospital México, y en 2003, Mainieri y colaboradores publicaron su experiencia de 5 años en el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG).¹⁸ Este trabajo pretende determinar las características de la población de pacientes con esta condición vistos en los últimos 6 años en el HCG, su presentación clínica, la modalidad del tratamiento brindado, si hubo complicaciones y la respuesta que los enfermos tuvieron a la terapia.

Materiales y métodos

El estudio es de tipo retrospectivo observacional descriptivo, con revisión de los pacientes con el diagnóstico de acalasia vistos en el Servicio de Gastroenterología del HCG, entre enero de 2001 y enero de 2007. Los datos se tomaron de los expedientes clínicos desde la primera cita en la consulta externa de Gastroenterología y de todas las visitas de control que hubo en el año subsiguiente al tratamiento. Se incluyeron los pacientes con edad mayor o igual a los 12 años, sin distinción de sexo, etnia, país de procedencia o nacionalidad, que tuvieran este diagnóstico y que fueran controlados en el Servicio de Gastroenterología del HCG; se excluyeron los que hubieran recibido tratamiento por estrechez esofágica de otra etiología diferente a la acalasia (estrechez péptica, neoplasias, compresión esofágica extrínseca).

Las variables estudiadas fueron: género, edad, procedencia, síntomas en el momento del diagnóstico, estudios diagnósticos realizados, tratamiento brindado,

complicaciones del tratamiento y presencia de disfagia postratamiento durante el año posterior al tratamiento brindado. Se confeccionó una hoja de recolección de datos para anotar la información de los pacientes.

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética del HCG.

Resultados

Se encontraron 33 pacientes con el diagnóstico de acalasia; se excluyeron 3 por no encontrar su expediente en el archivo, de manera que se analizaron 30 pacientes. Como se expone en el Cuadro 1, la mayoría fueron de género masculino y procedentes de San José. El promedio de edad fue de 50,37 años.

Todos los pacientes tenían disfagia en el momento de la valoración inicial por el médico gastroenterólogo y 18 (60%) de ellos presentaron también algún otro síntoma agregado. Las otras manifestaciones reportadas fueron, en orden de frecuencia, pérdida de peso y dolor torácico (Cuadro 2). El tiempo de evolución de los síntomas fue de más de 1 año en el 76,66% de los casos (Cuadro 2).

Los métodos diagnósticos utilizados fueron: endoscopia, biopsia, manometría y esofagograma (Cuadro 3). A todos los sujetos se les realizó endoscopia y los otros métodos más frecuentemente usados fueron la manometría (46,67%) y el esofagograma (33,3%).

Los tratamientos empleados fueron: terapia médica con nitratos, dilatación endoscópica neumática, toxina botulínica y cardiomiectomía. Inicialmente, al 100% de los pacientes se les prescribió nitratos, pero después a 23 individuos

(76,66%) se les aplicó otro tratamiento. De los 7 restantes, uno rechazó otras opciones, uno abandonó el control, dos no lo requirieron porque respondieron con solo tratamiento médico y tres estaban en espera de dilatación con balón o cirugía. La terapia más utilizada fue la dilatación neumática (46,66%), seguida de cirugía en 8 pacientes (26,67%). (Cuadro 4). Como única complicación de los métodos de tratamiento se reportó el dolor que ameritó analgesia en 4 de 14 casos (28,57%) dilatados con balón. No se documentaron complicaciones de la cirugía ni de la aplicación de toxina.

Durante el año subsiguiente a la terapia, el 50% de los pacientes refirió persistencia o recurrencia de la disfagia. Estos valores variaron dependiendo del tratamiento brindado (Cuadro 5). Dos de los que fueron dilatados con balón requirieron cirugía y uno de los que se operó precisó una nueva intervención posteriormente. Tuvieron menos recurrencia de síntomas los pacientes a quienes se les realizó dilatación con balón y cirugía.

Discusión

Semejante a lo que se reporta en la bibliografía, en nuestra población fueron afectados ambos géneros en similar proporción y la edad promedio fue de aproximadamente 50 años,^{2,6} aunque el rango de edad fue más amplio, incluyendo desde los 17 hasta los 77 años. La procedencia de los pacientes corresponde a la del área de atracción del Hospital. Llama la atención el mayor porcentaje en la capital, aunque esto podría corresponder a la alta densidad de la población en esta provincia y al acceso de sus habitantes a los sistemas de salud.

Cuadro 1: Características generales de la población estudiada

Características	Cantidad (Total: 30)	Porcentaje (100%)	
• Género	Femenino	14	46,67%
	Masculino	16	53,33%
• Procedencia	San José	19	63,33%
	Cartago	6	20%
	Limón	5	16,67%
• Edad (años)	< 20	2	6,67%
	20-40	9	30%
	40-60	9	30%
	> 60 años	10	33,33%

Cuadro 2: Características clínicas de la población estudiada

Características	Cantidad (Total: 30)	Porcentaje (100%)	
Tiempo de evolución	< 1 año	5	16,67%
	1-5 años	13	43,33%
	> 5 años	10	33,33%
	Desconocido	2	6,67%
Presentación clínica	Disfagia	12	40%
	Disfagia + pérdida de peso	13	43,33%
	Disfagia + dolor torácico	4	13,33%
	Disfagia + pérdida de peso + dolor torácico	1	3,33%

Cuadro 3: Métodos diagnósticos utilizados en la población

Métodos diagnósticos utilizados	Cantidad (Total:30)	Porcentaje (100%)
Esofagograma + endoscopia	10	33,3%
Esofagograma + endoscopia + manometría esofágica	14	46,67%
Esofagograma + endoscopia + biopsia esofágica	4	13,33%
Endoscopia + biopsia esofágica	2	6,67%
Solo endoscopia	1	3,33%

Cuadro 4: Terapéutica brindada a los pacientes con acalasia en el HCG

Terapia	Cantidad (Total: 30)	Porcentaje (100%)
Uso de nitratos	7	23,33%
Dilatación neumática endoscópica	14	46,67%
Cirugía	8	26,67%
Toxina botulínica	1	3,33%

Cuadro 5. Presencia de disfagia postratamiento, según terapéutica utilizada

Presencia de disfagia durante el año posterior al tratamiento	Cantidad de pacientes (Total: 30)	Porcentaje
Tratamiento médico	5/7	71,42%
Dilatación neumática	4/14	28,57%
Cirugía	4/8	50,0%
Toxina botulínica	1/1	100%

La presentación clínica de los pacientes coincide ampliamente con lo descrito para esta entidad y lo reportado en los estudios nacionales,^{17,18} siendo los síntomas más frecuentes la disfagia crónica²⁻¹⁰ y la disfagia con pérdida de peso asociada. El tiempo de evolución en “años” propio de la patología también se reflejó en esta población, al igual que lo reportado por Mainieri y cols.¹⁸

En el periodo estudiado, a menos del 50% de los pacientes (47,67%) se le realizó estudios manométricos, debido a que en el HCG no se cuenta aún con el equipo necesario para efectuarlos y, cuando se hicieron, fue en otro de los hospitales centrales, en casos dudosos.

Las terapéuticas más utilizadas en este estudio fueron la dilatación esofágica neumática y la cirugía, lo que coincide con los reportes de otros centros.^{2,7-9,15,16} La dilatación esofágica neumática es la forma actual preferida.^{10,19-21} Un metanálisis de 8 555 casos de acalasia tratados con dilatación documentó resultados excelentes entre un 22% y un 100%, y aceptables en un 80%, con una incidencia de reaparición de síntomas variable entre un 8,1% y un 51%.²⁰ En el estudio más del 70% de los pacientes tuvieron buenos resultados y solo el 28,57% presentó disfagia durante el año siguiente, lo que coincide con lo descrito, pero contrasta con lo encontrado antes por Mainieri y cols.,¹⁸ quienes reportaron que todos los pacientes con tratamiento médico o con dilatación, persistían sintomáticos. La complicación más temida por este procedimiento es la perforación, que ocurre en

aproximadamente el 5% de los casos.²⁰ En esta serie no se documentó ninguna. También se menciona como complicación el reflujo gastroesofágico entre un 2% y un 20% de los casos,²² pero este hallazgo tampoco se constató en las notas de evolución de los expedientes revisados.

La cirugía ha producido muy buenos resultados en más del 80% de los casos, según muchos autores.^{5,7-9,12,15,22-25} En esta serie fue realizada en 8 pacientes y no hubo ninguna complicación anotada. La reaparición de disfagia después de la cirugía puede obedecer a muchas causas, entre otras, una miotomía incompleta, esclerosis del sitio de la miotomía y dilatación esofágica marcada, por lo tanto, su incidencia es variable.³ En el estudio se manifestó en el 50% de quienes recibieron este tratamiento. No se analizó la técnica quirúrgica realizada en esta población.

Con respecto al tratamiento médico con nitratos y calcioantagonistas, se ha determinado que pueden producir algún grado de respuesta hasta en un 70% de los casos,^{3,8,9,12,13} pero por sus efectos variables y secundarios agregados, se propone su uso en pacientes con sintomatología mínima, como adyuvante a la dilatación neumática o cirugía, y para los pacientes inoperables por cualquier causa.² En este estudio, 7 pacientes estaban con tratamiento médico únicamente: tres en espera de tratamiento endoscópico o quirúrgico, uno por abandono de su control, uno por rechazo a otras terapias y dos porque resolvieron su sintomatología con los nitratos; de estos, el 71,42% persistió con disfagia.

El beneficio del uso de la toxina botulínica en acalasia fue demostrado por Pasricha en 1993.^{9,12} Se describe que la respuesta clínica inicial es del 73,9%, pero que su efecto es limitado y que eventualmente existe recurrencia de los síntomas en el 100% de los casos. Además, su eficacia disminuye con cada reaplicación; en la actualidad se elige para pacientes que conllevan alto riesgo y que no respondan a la terapia médica.¹³ En el estudio, solo a un paciente se le aplicó; no hubo complicaciones y tuvo respuesta clínica, pero los síntomas reaparecieron en menos de un año.

Referencias

1. Earlam R, Cunha-Mejo JR. Benign esophageal strictures: Historical and technical aspects of dilation. *Br J Surg* 1981; 68: 829-36.
2. Koshy SS, Nostrant TT. Pathophysiology and endoscopic/balloon treatment of esophageal motility disorders. *Surg Clin North Am.* 1997; 77: 971-992.
3. Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 8th edition. Saunders Elsevier; páginas: 875-83.
4. Ellis FH, Olsen AM. Achalasia of the esophagus. WB Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto. 1969; 162.
5. Kahrilas P. Esophageal motility disorders: current concepts of pathogenesis and treatment. *Can J Gastroenterol* 2000; 14: 221-231.
6. Podas T, Eaden J, Mayberry M, Mayberry J. Achalasia: A critical review of epidemiological studies. *Am J Gastroenterol.* 1999; 93: 2345- 2347.
7. Perrier JP, Fernández M, Sosa MC. Tratamiento quirúrgico de la acalasia y la opción de cirugía laparoscópica. *Cir Uruguay.* 2000; 70: 36-44.
8. Gisbert J, Losa C, Barreiro A, Pajares J. Acalasia esofágica: Revisión de sus aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Clin Esp.* 2000; 200: 424-431.
9. Zaninotto G, Constatntini M, Rizzetto C, Ancona E. Acalasia: estrategias terapéuticas. *Cir Esp.* 2004; 75: 117-122.
10. Italo Braghetto M, Attila Csendes J, Patricio Burdiles P, Owen Korn B, José Miguel Valera M. 1066 Manejo actual de la acalasia del esófago: revisión crítica y experiencia clínica. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 1055-1066
11. Traube M, Dubovik S, Lange RC, McCallum RW. The role of nifedipine therapy in achalasia: Results of a randomized, double blind, placebo-controlled study. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 1259-1262.
12. Vantrappen G, Hellemans J, Deloof W, Valembois P, Vanderbroucke J. Treatment of achalasia with pneumatic dilatation. *Gut* 1971; 12: 268-275.
13. Pasricha PJ, Ravich WJ, Kalloo AN. Effects of intraesophageal botulin toxin on the lower esophageal sphincter in piglets. *Gastroenterology* 1993; 105: 1045-1049.
14. Martínek J, Siroky M, Plottová Z, Bureš J, Hep A, Spicák J. Treatment of patients with achalasia with botulinum toxin: a multicenter prospective cohort study. *Diseases of the esophagus*, 2003; 16: 204-205.
15. Shimi S, Nathanson LK, Cuschieri A. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *JR Coll Surg Edinb.* 1991; 36: 152-154.
16. Bowrey DJ, Peters JH. Cirugía laparoscópica de esófago. *Surg Clin North Am.* 2000; 80: 1263-1294.
17. Campos A. Acalasia. *Acta Médic Costarric* 1990; 33: 118-121.
18. Mainieri-Hidalgo J, Schmitz Gerstlauer I, Mainieri-Breedy G. Acalasia: estudio de 27 casos en el HCG. *Acta Médic Costarric*, 2003; 45: 25-30.
19. KM.Desai, NJ Soper: Laparoscopic management of idiopathic esophageal achalasia. *Rev. Gastroenterol Mex*, (2004) supplement, 69: 7-14.
20. Kozarek RA. Gastrointestinal dilation. In Yamada T. *Textbook of Gastroenterology.* New York, JB Lippincott 1991: 2587.
21. Csendes A, Braghetto I, Henriquez A, Cortes C. Late results of a prospective randomised study comparing forceful dilatation and oesophagomyotomy in patients with achalasia. *Gut.* 1989; 30: 299-304.
22. Marks RD, Richter JE. Peptic strictures of the esophagus. *Am J Gastroenterol.* 1993; 88: 1160-1173.
23. Chiocca JC, Salis GB. Acalasia del esófago: qué hacer, ¿el balón o el bisturí? *Acta Gastroent Latinoamer.* 1997; 27: 319-327.
24. Khandelwal M, Ouyang A. Pneumatic dilation for achalasia: are all complications revealed? *Gastrointest Endosc.* 1997; 45: 37-39.
25. Hunter JG, Richardson W. Surgical management of achalasia. *Surg Clin North Am.* 1997; 77: 993-1015.