



Check for updates

La utilidad de la endoscopia en el diagnóstico de acalasia en la unidad de endoscopia gastrointestinal del Hospital Juárez de México durante los años 2016-2018

Mario Roberto García-Méndez, M. Antonio-Manrique, M. A. Chávez-García, J. Cerna-Cardona, M.G. Martínez-Galindo, T. Pérez-Corona

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico primario caracterizado por la ausencia de peristalsis esofágica y relajación del esfínter esofágico inferior secundario al daño del plexo mientérico. Una prevalencia de <1/10,000 y una incidencia entre 0,03 y 1/100.000 por año. Generalmente se diagnostica entre las edades de 30 y 60 años, y ambos géneros parecen estar igualmente afectados. En los Estados Unidos, la endoscopia es la primera prueba en la evaluación de la disfagia que se sospecha que es de origen esofágico, independientemente del diagnóstico diferencial. En pacientes con acalasia, la endoscopia puede mostrar dilatación esofágica, retención de alimentos o líquidos, o raramente un cáncer. El esfínter esofágico inferior puede tener un aspecto arrugado y permanece cerrado con insuflación de aire. La acalasia tipo I se caracteriza por contracciones fallidas y ausencia de presurización. La acalasia tipo II se define por presurización pan-esofágica y acalasia tipo III por la presencia de contracciones espásticas o prematuras. Estudios han demostrado que la acalasia tipo II, el subtipo más común, parece tener la respuesta más favorable al tratamiento, mientras que el tipo III el subtipo menos común, parece tener la respuesta menos favorable. **Objetivo:** Determinar la utilidad de la endoscopia en el diagnóstico de acalasia.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, unicéntrico. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de probable trastorno motor esofágico por endoscopia, a quienes se les realizó manometría de alta resolución en la unidad de endoscopia del Hospital Juárez de México de enero 2016 a diciembre 2018. Se analizaron los siguientes parámetros en los pacientes: sexo, edad, tipo de acalasia según la clasificación de Chicago y hallazgos endoscópicos. Los datos se obtuvieron de la base de datos de la unidad de endoscopia del Hospital Juárez de México y del expediente clínico de cada paciente creando una base de datos en SPSS versión 25.0 **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron 19 pacientes, 73.7% femenino (N=14) y 26.3% masculino (N=5), grupo etario con mayor prevalencia de 40-49 años de edad con un 31.58% (N=6). Dentro de los hallazgos endoscópicos más comúnmente reportados se encuentran la dilatación esofágica, retención de alimentos y estenosis funcional en el 52.6% de los pacientes. Con el 63.2% (N=12) el tipo II de acalasia según la clasificación de Chicago fue la más comúnmente diagnosticada por manometría de alta resolución. En el 89.47% (N=17) de los pacientes en quienes se reportó probable trastorno motor esofágico se confirmó el diagnóstico de acalasia mediante manometría de alta resolución.

Abstract

Introduction: Achalasia is a primary esophageal motor disorder characterized by the absence of esophageal peristalsis and relaxation of the lower esophageal sphincter secondary to damage of the myenteric plexus. A prevalence of <1/10,000 and

Autor de correspondencia:

Mario Roberto García Méndez

E-mail: mariorgm@gmail.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000147

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):457-461

www.endoscopia-ameg.com

an incidence between 0.03 and 1/100,000 per year. It is usually diagnosed between the ages of 30 and 60, and both genders seem to be equally affected. In the United States, endoscopy is the first test in the assessment of dysphagia that is suspected to be of esophageal origin, regardless of the differential diagnosis. In patients with achalasia, endoscopy may show esophageal dilation, food or fluid retention, or rarely cancer. The lower esophageal sphincter may look wrinkled and remain closed with air insufflation. Type I achalasia is characterized by failed contractions and absence of pressurization. Type II achalasia is defined by pan-esophageal pressurization and type III achalasia due to the presence of spastic or premature contractions. Studies have shown that type II achalasia, the most common subtype, seems to have the most favorable response to treatment, while type III, the less common subtype, seems to have the least favorable response. **Objective:** To determine the usefulness of endoscopy in the diagnosis of achalasia. **Material and methods:** Cross-sectional, retrospective, descriptive, unicentric study. We included patients with a diagnosis of probable esophageal motor disorder by endoscopy, who underwent high-resolution manometry at the endoscopy unit of the Hospital Juárez de México from January 2016 to December 2018. The following parameters were analyzed in the patients: sex, age, type of achalasia according to the Chicago classification and endoscopic findings. Data were obtained from the database of the endoscopy unit of Hospital Juárez de México and from the clinical file of each patient, creating a database in SPSS version 25.0 **Results and conclusions:** 19 patients were included, 73.7% female (N = 14) and 26.3% male (N = 5), age group with the highest prevalence of 40-49 years of age with 31.58% (N = 6). Among the most commonly reported endoscopic findings are esophageal dilation, food retention and functional stenosis in 52.6% of patients. With 63.2% (N = 12) type II achalasia according to the Chicago classification was the most commonly diagnosed by high-resolution manometry. In the 89.47% (N = 17) of the patients in whom esophageal motor disorder was reported, the diagnosis of achalasia was confirmed by high-resolution manometry.

Introducción

La acalasia es un trastorno motor esofágico primario caracterizado por la ausencia de peristalsis esofágica y relajación del esfínter esofágico inferior. La enfermedad fue descrita por primera vez en 1674 cuando el señor Thomas Williams informó sobre una enfermedad que implicaba el bloqueo de alimentos dentro del esófago de origen desconocido. La enfermedad fue II calasia por primera vez (griego por “falta de relajación”) por Arthur Hurst a principios de 1927.^{1,3,4,5,9}

La acalasia es una enfermedad rara que afecta a ambos sexos con una prevalencia de <1/10,000 y una incidencia entre 0,03 y 1/100.000 por año. Generalmente se diagnostica entre las edades de 30 y 60 años.^{1,2,3,12}

La mayoría de gastroenterólogos vera aproximadamente un caso de acalasia por año es su práctica diaria. Siendo la causa el diagnóstico tardío en aproximadamente 20-50%, diagnosticando a los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, estenosis péptica, espasmo esofágico, presbiesofago, alergia o trastornos de la alimentación.²

El diagnóstico de acalasia se debe sospechar en cualquier paciente que presente disfagia por sólidos y líquidos con regurgitación de alimentos y saliva no digeridos. La disfagia y la regurgitación son los síntomas más comunes que ocurren en >90% y 76% a 91% de los pacientes, respectivamente; y no es inusual que el diagnóstico correcto se retrase 2-3 años desde la aparición de los síntomas. Se puede observar un cuadro clínico similar al de la acalasia en pacientes

con pseudoacalasia, un síndrome más comúnmente causado por la infiltración maligna de la unión gastroesofágica. Aproximadamente del 25 al 40% de los pacientes con sospecha de acalasia padecen pseudoacalasia. En general, los pacientes con pseudoacalasia son mayores, tienen un historial más corto de síntomas y la pérdida de peso es más prominente.^{1,4,5,6,12,13}

En los Estados Unidos, la endoscopia es la primera prueba en la evaluación de la disfagia que se sospecha que es de origen esofágico, independientemente del diagnóstico diferencial.²

Los pacientes con acalasia de larga duración tienen un mayor riesgo de desarrollar carcinoma escamoso esofágico (3,5% de los pacientes). La duración promedio desde el inicio inicial de los síntomas de acalasia hasta la detección de cáncer es de 25 años. Se ha sugerido que esto ocurre principalmente en la acalasia no tratada y es causada por la estasis crónica del esófago y la inflamación. Por lo tanto, la detección temprana y el tratamiento son esenciales para la prevención de estas complicaciones.^{7,9}

La endoscopia es una de las herramientas principales en el diagnóstico de la acalasia, ya que el síntoma principal de la enfermedad es la disfagia, es frecuentemente normal y se utiliza principalmente para excluir otras causas. Comentarios sobre la peristalsis y EEI durante endoscopia no son acertados. Los informes de la falta de peristalsis y la dificultad al pasar el EEI no son sensibles ni específicos. La retención de alimentos no digeridos en el esófago puede considerarse un parámetro más específico en el diagnóstico de acalasia,

pero solo ocurre en pacientes con enfermedad avanzada y deterioro grave del tránsito.^{1,6}

El esfínter esofágico inferior puede tener un aspecto arrugado y permanece cerrado con insuflación de aire; sin embargo, el endoscopio generalmente pasa al estómago con una presión suave. En algunos pacientes se observa un “pop”, pero esto es poco frecuente. Sin embargo, los pacientes con acalasia temprana no tendrán muchas de estas características endoscópicas y la resistencia en la unión esofagogástrica puede ser malinterpretada como una estenosis péptica, si el diagnóstico preliminar en ERGE. Casi la mitad de los pacientes con acalasia presentarán hallazgos sugestivos de la enfermedad durante la endoscopia, como el esófago dilatado, el contenido de alimentos y líquidos, y dificultades para pasar el endoscopio a través de la unión esofagogastrica.^{2,4}

Criterios diagnósticos endoscópicos.

Tempranos • La endoscopia puede no mostrar anomalías • Mayor resistencia “elástica” al paso del instrumento • Falla del cardias para abrir durante la observación prolongada • Aspecto de rosita. • Vista retrospectiva: cardias bien cerrado alrededor del endoscopio

Tardíos • Residuos de alimentos y líquidos en el esófago. • Esófago dilatado, laxo, alargado, tortuoso. • Contracciones no coordinadas, no propulsivas o ausentes • Divertículo por encima del esfínter esofágico superior. • Mayor resistencia a la intubación del cardias • Cambios en la mucosa debido a la retención de alimentos: como engrosamiento de la mucosa, eritema, petequias, depósitos de color amarillo grisáceo, raramente erosiones, muy raramente ulceraciones.¹⁰

Clasificación endoscópica de la acalasia:

1. Tipo normal: no hay retención obvia de alimentos ingeridos o dilatación del esófago
2. Tipo retenido: retención de alimentos o líquidos ingeridos en el esófago, pero sin dilatación aparente
3. Tipo dilatado: la dilatación del esófago es evidente, pero no se observa alimento ingerido en el esófago.
4. Tipo retenido-dilatado: el esófago se dilata con alimento retenido ingerido.¹¹

La manometría de alta resolución es la modalidad estándar de oro en la investigación de pacientes que se quejan de disfagia, diagnóstico de acalasia y definición de su subtipo y ha reemplazado en gran medida a la manometría tradicional convencional, utilizada durante los últimos 60 años. Ha permitido el desarrollo posterior de la clasificación de Chicago actualmente en su tercera iteración, y la posterior clasificación objetiva de trastornos motores esofágicos, mejorando así la estandarización en

el diagnóstico y el seguimiento de estos trastornos. La acalasia tipo I se caracteriza por contracciones fallidas y ausencia de presurización. La acalasia tipo II se define por presurización pan-esofágica y acalasia tipo III por la presencia de contracciones espásticas o prematuras. Siendo los resultados al tratamiento mejores en el tipo II, intermedios para el tipo I y los peores en el tipo III.^{4,12}

Objetivo primario

Determinar la utilidad de la endoscopia en el diagnóstico de acalasia.

Objetivos secundarios

- a. Establecer la edad y sexo con mayor prevalencia de acalasia
- b. Determinar el tipo de acalasia más frecuente
- c. Determinar los hallazgos endoscópicos más frecuentes

Material y métodos

Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, unicéntrico. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de probable trastorno motor esofágico por endoscopia, a quienes se les realizó manometría de alta resolución en la unidad de endoscopia del Hospital Juárez de México de enero 2016 a diciembre 2018.

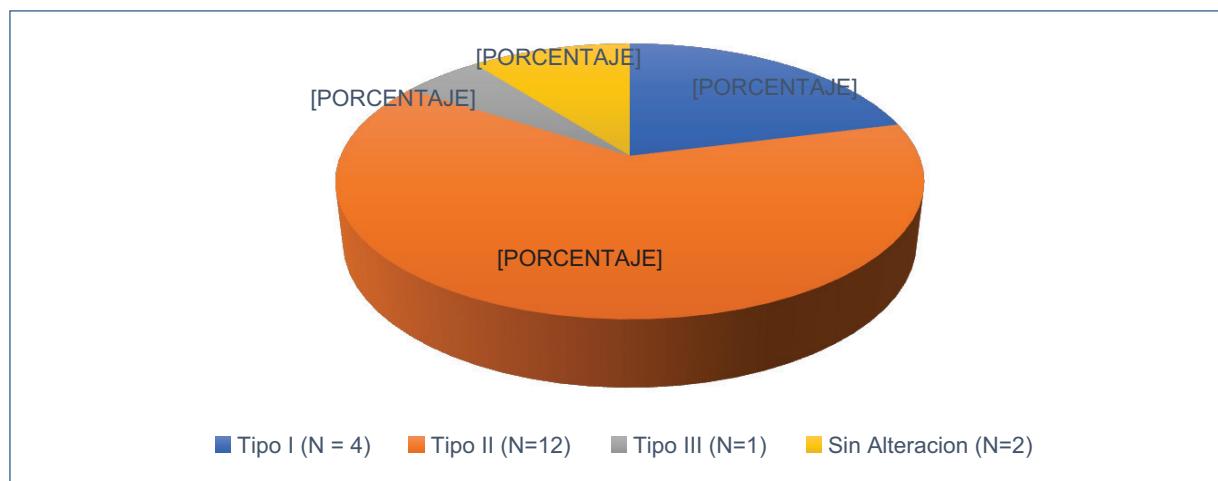
Criterios de Inclusión: Pacientes adultos con diagnóstico de probable trastorno motor esofágico media endoscopia de la Unidad de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital Juárez de México y que cuenten con manometría de alta resolución.

Criterios de Exclusión: Pacientes que no cuenten con manometría de alta resolución.

Se realizó una revisión de la base de datos de endoscopia de los años 2016, 2017 y 2018. Se extrajeron todos aquellos pacientes a quienes se les diagnosticó probable trastorno motor esofágico por medio de endoscopia; se realizó una revisión de los expedientes clínicos de estos pacientes en búsqueda de informe de manometría de alta resolución. Se extrajeron los datos de todos aquellos que contaban con informe de manometría de alta resolución.

Resultados

Se incluyeron 19 pacientes, 73.7% femenino (N=14) y 26.3% masculino (N=5), grupo etario con mayor prevalencia de 40-49 años de edad con un 31.58% (N=6),

**Grafica 1.** Clasificación de Chicago.**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes con probable trastorno motor esofágico

Total de Pacientes	19	100%
Características Epidemiológicas	f	%
Sexo	14	73.7
Femenino	5	26.3
Masculino		
Total	19	100%
Edad		
12-19	1	5.26
20-29	1	5.26
30-39	5	26.32
40-49	6	31.58
50-59	3	15.79
60-69	1	5.26
>70	2	10.53
Total	19	100%

tabla No.1. Con el 63.2% (N=12) el tipo II de acalasia según la clasificación de Chicago fue la más comúnmente diagnosticada por manometría de alta resolución, **grafica No.1**. Dentro de los hallazgos endoscópicos más comúnmente reportados se encuentran la dilatación esofágica, retención de alimentos y estenosis funcional en el 52.6% de los pacientes, **Grafica No. 2**. En el 89.47% (N=17) de los pacientes en quienes se reportó probable trastorno motor esofágico se confirmó

el diagnóstico de acalasia mediante manometría de alta resolución.

Discusión

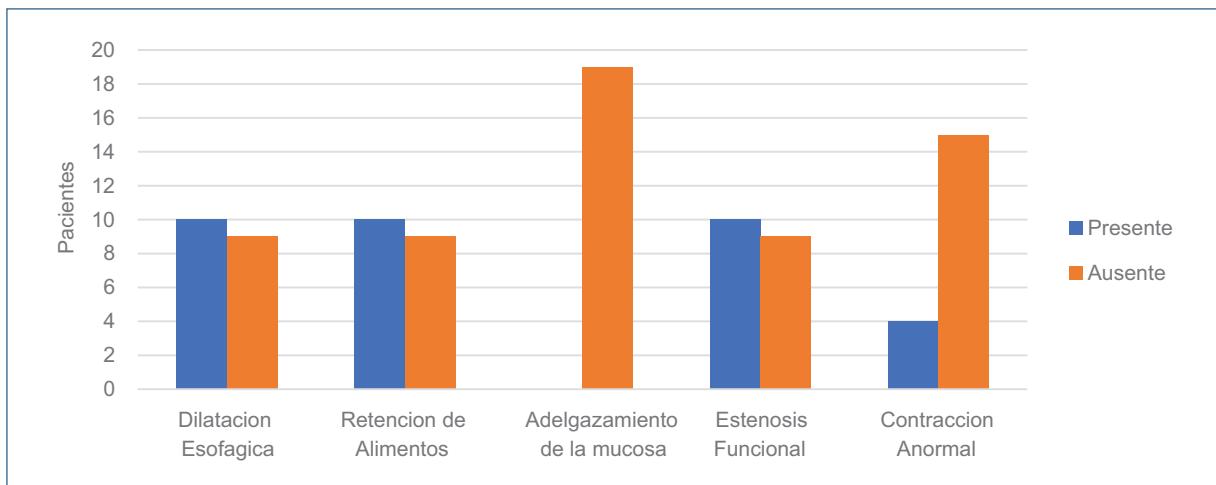
De los 19 pacientes que se reportaron como probable trastorno motor esofágico en la unidad de endoscopia del Hospital Juárez de México del 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2018, 17 (89.47 %) fue confirmado con diagnóstico de acalasia mediante manometría de alta definición.

Dentro del estudio se determinó que la mayor prevalencia fue del sexo femenino con un 73.7%, sin embargo, en la literatura no existe predominio por un sexo en específico.

El tipo de acalasia más frecuente según la clasificación de chicago fue el tipo II con un 63.2%, lo cual concuerda con la literatura; siendo este el tipo de acalasia con mejor respuesta a tratamiento y pronóstico a largo plazo.

Dentro de los hallazgos más comúnmente evidenciados se encuentran la dilatación esofágica, retención de alimentos y estenosis funcional con 52.6%, mientras que el adelgazamiento de la mucosa no fue evidenciado en ningún estudio. Siendo estos hallazgos los más comúnmente reportados en la literatura, dentro de los hallazgos tardíos en el diagnóstico endoscópico de acalasia, y formando parte de la clasificación endoscópica de acalasia.

En nuestro estudio más de la mitad de pacientes se encontraban en el rango de 30 a 59 años de edad; que se correlaciona con el rango de edad reportado en la literatura de 30 a 60 años de edad.



Grafica 2. Hallazgos endoscópicos.

En conclusión, se puede demostrar que la sospecha diagnostica de acalasia por medio de endoscopia en nuestra unidad es alta, sin embargo, los hallazgos evi- denciados son de una enfermedad avanzada.

Bibliografía

1. Pohl D¹, Tutuiu R. Achalasia: an overview of diagnosis and treatment. *J Gastrointest Liver Dis.* 2007 Sep;16(3):297-303.
2. Richter, J. E. The Diagnosis and Misdiagnosis of Achalasia: It Does Not Have to Be so Difficult. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2011; 9(12),1010–1011.
3. Vaezi, M. F., Felix, V. N., Penagini, R., Mauro, A., de Moura, E. G. H., Pu, L. Z. C. T.,... Rieder, E. Achalasia: from diagnosis to management. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2016;1381(1), 34–44.
4. Mari, A., Patel, K., Mahamid, M., Khoury, T., & Pesce, M. Achalasia: Insights into Diagnostic and Therapeutic Advances for an Ancient Disease. *Rambam Maimonides Medical Journal*,2019;10(1),e0008.
5. Moonen, A., & Boeckxstaens, G. Current Diagnosis and Management of Achalasia. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2004;pp 484-490.
6. Michaela Müller, Alexander J Eckardt, Till Wehrmann, Endoscopic approach to achalasia, *World J Gastrointest Endosc.* Aug 16, 2013;5(8): 379-390.
7. Kessing, B. F., Bredenoord, A. J., & Smout, A. J. P. M. Erroneous Diagnosis of Gastroesophageal Reflux Disease in Achalasia. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2011;9(12),1020–1024.
8. Stavropoulos, S. N., Friedel, D., Modayil, R., & Parkman, H. P. Diagnosis and management of esophageal achalasia. *BMJ* 2016;i2785.
9. Block, B., Schachschal, G. and Schmidt, H. (2004). *Endoscopy of the upper GI tract*. Stuttgart [u.a.]: Thieme, p.81.
10. Minami, H., Isomoto, H., Miura, S., Kobayashi, Y., Yamaguchi, N., Urabe, S., Nakao, K. New Endoscopic Indicator of Esophageal Achalasia: "Pinstripe Pattern." *PLOS ONE*,2015;10(2),e0101833.
11. Hirose-Building 4F, Taihei 2-3-13, Sumida-ku, Tokyo, 130-0012, Japan Esophageal Society, Descriptive Rules for Achalasia of the Esophagus, June 2012: 4th Edition. *Esophagus*, 2017;14(4),275–289.
12. Mari, A., Patel, K., Mahamid, M., Khoury, T., & Pesce, M. (2019). *Achalasia: Insights into Diagnostic and Therapeutic Advances for an Ancient Disease*. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 10(1),e0008.
13. Shiwaku, H., Yamashita, K., Ohmiya, T., Nimura, S., Shiwaku, Y., Inoue, H., & Hasegawa, S. New endoscopic finding of esophageal achalasia with ST Hood short type: Corona appearance. *PLOS ONE*, 2018;13(7),e0199955.