

OPCIONES TERAPÉUTICAS EN ACALASIA.

Cuneo N.I, González J.(1), Soto D.(2)

1 Interno, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

2 Hospital Manuel Magalhaes Medling, Huasco, Chile.

Contacto:

Nombre: Nicole Cuneo Barbosa
Dirección: Visviri 1260 Dpto 701
Teléfono: 7-6099733
Email: ncuneob@gmail.com

Resumen

La acalasia es un desorden de la motilidad esofágica de escasa frecuencia, caracterizado por la ausencia del peristaltismo y una relajación incompleta del esfínter esofágico inferior. Clínicamente, se presenta con disfagia, asociado a baja de peso, dolor retroesternal, regurgitación alimenticia y neumonía aspirativa. El diagnóstico de esta patología se hace con manometría esofágica. La miotomía de Heller asociado a funduplicatura, es el tratamiento de elección, y con menor recurrencia a largo plazo. La miotomía endoscópica peri-oral (POEM), es un procedimiento nuevo que se ha planteado como opción terapéutica menos invasiva, sin embargo aún faltan estudios para reconocer su real impacto.

Palabras claves: Acalasia, terapia, Heller, POEM.

THERAPEUTIC OPTIONS FOR ACHALASIA.

Abstract

Achalasia is a infrequently esophageal motility disorder, characterized by the absence of peristalsis and incomplete relaxation of the lower esophageal sphincter. Clinically, it presents with dysphagia, weight loss, chest pain, undigested food regurgitation and aspiration pneumonia. The diagnosis is done with esophageal manometry. Heller myotomy associated with fundoplication, is the treatment of choice, and less long-term recurrence. The peri-oral endoscopic myotomy (POEM) is a new procedure that has emerged as a less invasive therapeutic option, however still lacking studies to recognize their real impact.

Key words: Achalasia, therapy, Heller, POEM.

Introducción

La acalasia es un desorden de la motilidad esofágica, caracterizado por una manometría esofágica en que se evidencia ausencia del peristaltismo y una relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI) (1,2), que conlleva a una inadecuada progresión del bolo alimentario (3). Fue descrita por primera vez, en 1674 por Thomas Willis, generándose hasta la actualidad, muchas teorías sobre su etiología y fisiopatología (4,5). Con una incidencia anual de 1-2 por 100.000 personas (6,7). No existe una predominancia por sexo, ni edad (7). Clínicamente se presenta como disfagia, dolor retroesternal, regurgitación, neumonía aspirativa y baja de peso (6-8). La historia natural de la enfermedad lleva a estadios finales en que ocurre un megaesófago sigmoide, que puede llegar a necesitar de esofagectomía en el 50% de los pacientes (7). Actualmente, ninguna terapia se considera que genere una cura de por vida, siendo el principal objetivo del tratamiento el manejo de la disfagia (7). Dentro de las terapias existentes, están la terapia farmacológicas, inyección de toxina botulínica, dilatación neumática, miotomía laparoscópica de Heller, y la miotomía endoscópica perioral (POEM) (6). En esta revisión se hablará de las opciones de manejo.

Epidemiología

Su incidencia es 0,3 a 2 por 100.000 personas. En adultos, ocurre con igual frecuencia en hombres y mujeres, con una edad promedio de diagnóstico de 60 años (4,6,8). Tampoco se han identificado factores ambientales, que promuevan el desarrollo de ésta (6,8). En niños, es parte del síndrome de Triple A que se caracteriza por Acalasia, Ala-

crima y enfermedad de Addison, se ha sugerido que son parte del síndrome de Alport en algunos pacientes (5).

Diagnóstico

Los síntomas más frecuentes de la acalasia es la disfagia de líquidos y sólidos, regurgitación, complicaciones respiratorias (tos nocturna y aspiración), dolor torácico y pérdida de peso (8-10). El primer paso es identificar lesiones anatómicas ocupando la radiología o la endoscopia. En etapas tempranas esto puede ser normal. En casos más avanzados, la endoscopia revela dilatación esofágica con retención de comida, y aumento de la resistencia de la unión gastroesofágica. En la radiología se pueden identificar una imagen en pico de pájaro, con esófago dilatado a proximal y ausencia de burbuja gástrica (5).

La manometría esofágica es el gold estándar para el diagnóstico de acalasia. En él se evidencia una ausencia del peristaltismo y de la relajación del EEI (1). Existen al menos 3 patrones de manometrías descritas por Pandolfino et al: (I) con mínima presurización, (II) con compresión del esófago, en la porción más distal o en el esófago completo, (III) compresión atribuible a contracciones espásticas. Las diferencias entre los patrones tiene diferencias en las respuestas a tratamiento, por ejemplo las tipo II responden mejor que las tipo I y III (1,11).

Tratamiento

Terapia farmacológica

La reducción de la presión del EEI, por medio de la terapia farmacológica consiste en la relajación muscular. Para esto se ocupan dos grupos de fármacos: nitratos que actúan en la liberación del óxido nítrico, y los bloqueadores de los canales de calcio que disminuyen el calcio intracelular (5,6). Son fármacos que se ingieren 30 a 60 minutos previo a las comidas, y el vaciamiento de la comida podría mejorar, de forma teórica. Los resultados publicados, evidencian respuestas que varían entre un 50 y 90%. El problema es que es un efecto transitorio, y que tiene efectos colaterales como la hipotensión, cefalea y edema periférico (6,12).

Inyección de toxina botulínica

Se introdujo para el tratamiento de desordenes espásticos del músculo estriado. pero en el último tiempo se reconoció que reducía el tono del músculo liso en el tracto gastrointestinal, y fue en 1994 cuando se inicio como posible tratamiento de la acalasia (5). Su acción bloquea la liberación de acetilcolina, mediante la degradación de las proteínas involucradas en la liberación de vesículas con neurotransmisores (1,5,12). Se utiliza en dosis de 80 - 100 ui de Botox®, que se inyecta en el EEI, por medio de la aguja de escleroterapia en los 4 cuadrantes. Se ha evaluado el aumento de las dosis, o la inyección guiada por endosonografía, las que no han mostrado diferencias en la respuesta clínica (5).

La inyección de toxina botulínica disminuye la presión en el EEI, mejora el vaciamiento esofágico y tiene mejora clínica. Pero su efecto es corto, teniendo una tasa de éxito a los 6 meses de 60 - 85% y al año del 30-54% (1,5,12). Por lo que el tratamiento se debe repetir a los 6 o 12 meses. Ha

demostrado, ser menos efectivo que la dilatación neumática y la miotomía de Heller (1).

Se debe preferir este tratamiento en aquellos pacientes con comorbilidades a los que no se les puede proponer un tratamiento quirúrgico, o a aquellos que se encuentran en lista de espera de cirugía (5).

Dilatación neumática endoscópica

Consiste en forzar la dilatación del EEI por medio de un balón lleno de aire, actualmente el más ocupado es el Balón Rigiflex (Microvasive®) que está disponible en tres tamaños (30, 35 y 40 mm de diámetro). Este balón se introduce por vía endoscópica, y se posiciona a través del EEI, se confirma su posición por fluoroscopia o endoscopia, y se infla. La dilatación no está del todo protocolizada, el tiempo que dura el procedimiento es variable, y también existen diferencias en el número de sesiones (5,13). Existen investigadores que sólo realizan una dilatación, y otros que ocupan un protocolo en que se va aumentando progresivamente en varias sesiones. Es esta última, la que ha mostrado mejores resultados a 3 años, con tasas de éxito del 88%. La necesidad de una nueva dilatación, está determinada por la condición clínica del paciente tras 4 semanas del tratamiento (5). La complicación más frecuente y temida es la perforación esofágica, que se presenta principalmente en la zona proximal al cardias (13).

Sin embargo, la mayoría de los pacientes tienen recurrencia durante el primer año. Dentro de los factores de riesgo, están menores de 40 años, hombres, única dilatación de 30 mm y EEI con presiones post tratamiento sobre 10 mmHg. Se considera que tras 4 - 5 dilataciones, el paciente debería ser derivado a un cirujano (5).

Miotomía laparoscópica de Heller

Descrita por primera vez en 1913 por Ernst Heller, y a sufrido modificaciones hasta consistir en la sección controlada de las fibras musculares longitudinales y circulares de la parte inferior del esófago, y de la pared gástrica proximal (1,8). Es el tratamiento de elección en los pacientes con acalasia (6,8,14).

Esta indicado en aquellos pacientes que: (I) Pacientes jóvenes que tienen una sobrevida larga, ya que la dilatación neumática tiene una alta recurrencia y además de que aumenta el riesgo de perforación durante la cirugía, (II) Persistencia de síntomas tras la dilatación neumática o inyección de toxina botulínica, (III) Alto riesgo de perforación debido a procedimientos esofágicos previos (15).

La realización de la miotomía se asocia a reflujo gastroesofágico (RGE) postoperatorio en el 47 – 100% de los pacientes (1,16). Es por esto que se asocia a una funduplicatura, la que disminuye los síntomas del reflujo. Se ha comparado la realización de la funduplicatura de Dor (parcial anterior) y Nissen (total), teniendo mejores resultados la primera, ya que Nissen se ha asociado a mayores tasas de disfagia a 5 años (15% vs 2.8%) (8,14,16).

Hasta el 6,3% de los pacientes presentan complicaciones en el postoperatorio, siendo la perforación de la mucosa esofágica o gástrica la más frecuente (7%), que aumenta en aquellos pacientes que fueron sometidos a dilatación neumática previo a la cirugía (8,16).

El 90 – 95% de los pacientes refieren mejoría de los síntomas a 5 años, y cerca del 80% a los 10 años (1). Se ha evidenciado recurrencia tras el seguimiento a 1 o 3 años, y se plantea que se asocie a la fibrosis que se produce por la miotomía (1,8).

Miotomía endoscópica perioral (POEM)

Es un procedimiento recientemente descrito, mínimamente invasivo por vía endoscópica, donde se realiza una miotomía controlada que se extiende desde el esófago a través de la unión esófago-gástrica hasta el estomago (3,17). En este, se realiza una miotomía circular con preservación de la capa longitudinal externa del esófago; que tiene como fin evitar el ingreso al espacio pleural y así disminuir la morbilidad. La miotomía de la capa circular se considera como prerrequisito para la mejoría clínica a largo plazo (3).

Dentro de las ventajas que se proponen están: (I) el abordaje endoscópico, lo que reduciría el dolor postoperatorio, (II) la posibilidad de realizar una miotomía de mayor extensión, (III) se plantea que no sería necesario realizar una cirugía antireflujo (1). Si bien existen escasos estudios, se ha demostrado una disminución significativa de la presión del EEI en reposo (18,19).

Si bien es un procedimiento prometedor, aún existen inquietudes basadas principalmente en el nivel de destrezas que necesita un cirujano, ya que para realizar este procedimiento se necesita una curva de aprendizaje larga (1). Por otra parte la aparición de RGE, es similar a los resultados obtenidos en miotomías sin cirugía antireflujo (1).

Conclusiones

La acalasia es una patología de baja frecuencia, pero de gran impacto en la calidad de vida. Los resultados a largo plazo favorecen la Miotomía Laparoscópica de Heller con funduplicatura de parcial como tratamiento de elección para la acalasia. La dilatación neumática se considerara una opción en aquellos en que la cirugía no es una opción, y en aquellos pacientes que recurren tras la cirugía. Aún faltan estudios, que demuestren los resultados a largo plazo del POEM, y así saber el impacto que tendrá en esta patología.

REFERENCIAS

- Allaix ME, Patti MG. New Trends and Concepts in Diagnosis and Treatment of Achalasia. *Cirugía Española*. 2013;91[6]:352-7.
- Li C, Tan Y, Wang X, Liu D. Peroral endoscopic myotomy for treatment of achalasia in children and adolescents. *J Pediatr Surg*. 2015;50[1]:201-5.
- Li Q-L, Chen W-F, Zhou P-H, Yao L-Q, Xu M-D, Hu J-W, et al. Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia: a clinical comparative study of endoscopic full-thickness and circular muscle myotomy. *J Am Coll Surg*. 2013;217[3]:442-51.
- Beck WC, Sharp KW. Achalasia. *Surg Clin North Am*. 2011;91[5]:1031-7.
- Boeckxstaens GEE. Achalasia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2007;21[4]:595-608.
- Moonen AJ, Boeckxstaens GE. Management of achalasia. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013;42[1]:45-55.
- Stavropoulos SN, Modayil R, Friedel D. Achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2013;23[1]:53-75.
- Boeckxstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. Achalasia. *Lancet*. 2014;383[9911]:83-93.
- Von Renteln D, Inoue H, Minami H, Werner YB, Pace A, Kersten JF, et al. Peroral Endoscopic Myotomy for the Treatment of Achalasia: A Prospective Single Center Study. *Am J Gastroenterol*. 2011;107[3]:411-7.
- Chen W-F, Li Q-L, Zhou P-H, Yao L-Q, Xu M-D, Zhang Y-Q, et al. Long-term outcomes of peroral endoscopic myotomy for achalasia in pediatric patients: a prospective, single-center study. *Gastrointest Endosc*. 2015;81[1]:91-100.
- Pandolfino JE, Kwiatek MA, Nealis T, Bulsiewicz W, Post J, Kahrilas PJ. Achalasia: a new clinically relevant classification by high-resolution manometry. *Gastroenterology*. 2008;135[5]:1526-33.
- Bassotti G, Annese V. Pharmacological options in achalasia. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999;13[11]:1391-6.
- Ruiz Cuesta P, Hervás Molina AJ, Jurado García J, Pleguezuelo Navarro M, García Sánchez V, Casáis Juanena LL, et al. Pneumatic dilation in the treatment of achalasia. *Gastroenterol Hepatol: SEGO*; 2013;36[8]:508-14.
- Rebecchi F, Giaccone C, Farinella E, Campaci R, Morino M. Randomized controlled trial of laparoscopic Heller myotomy plus Dor fundoplication versus Nissen fundoplication for achalasia: long-term results. *Ann Surg*. 2008;248[6]:1023-30.
- Tank AK, Kumar A, Babu TLVDP, Singh RK, Saxena R, Kapoor VK. Resectional surgery in achalasia cardia. *Int J Surg*. 2009;7[2]:155-8.
- Torres-Villalobos G, Martín-Del-Campo LA. Surgical treatment for achalasia of the esophagus: Laparoscopic heller myotomy. *Gastroenterol Res Pract*. 2013;2013.
- Teitelbaum EN, Hungness ES. Peroral endoscopic myotomy periprocedural evaluation: Predicting and measuring outcomes. *Tech Gastrointest Endosc*. Elsevier; 2013;15[3]:135-9.
- Von Renteln D, Fuchs KH, Fockens P, Bauerfeind P, Vassiliou MC, Werner YB, et al. Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia: An international prospective multicenter study. *Gastroenterology*. Elsevier, 2013;145[2]:309-11.e3.
- Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, Sato Y, Kaga M, Suzuki M, et al. Peroral endoscopic myotomy [POEM] for esophageal achalasia. *Endoscopy*. 2010;42[4]:265-71.