

# *TRASTORNOS MOTORES ESOFAGICOS PRIMARIOS DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS*

*Dra. A. Ortiz*  
**SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.**  
**HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA. ESPAÑA**



## **INTRODUCCION**

Los TMEP son alteraciones de la motilidad esofágica causadas por una alteración de los mecanismos de control neurohormonal del cuerpo esofágico y/o sus esfínteres. El progreso en su conocimiento está ligado a la introducción de la manometría intraluminal esofágica.

## INTRODUCCION

De todos los TMEP, el mejor tipificado es la Achalasia de Cardias. Sin embargo, existen otros cuya fisiopatología es menos conocida y, por tanto, su tratamiento está peor definido y, en ocasiones, puede ser motivo de controversia.

## CLASIFICACION DE LOS TM DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS

Con criterios manométricos, se han separado 4 tipos:

- Espasmo Difuso Esofágico Idiopático ( EDEI).
- Peristaltismo Esofágico Sintomático (esófago en “cascanueces”).
- EEI Hipertensivo.
- TM Inespecíficos.

---

Esta separación no se mantiene desde el punto de vista etiopatogénico, anatomopatológico, clínico, ni terapéutico, por lo que muchos autores los engloban todos como variantes de una misma entidad: “Trastornos motores espásticos del esófago distal”.

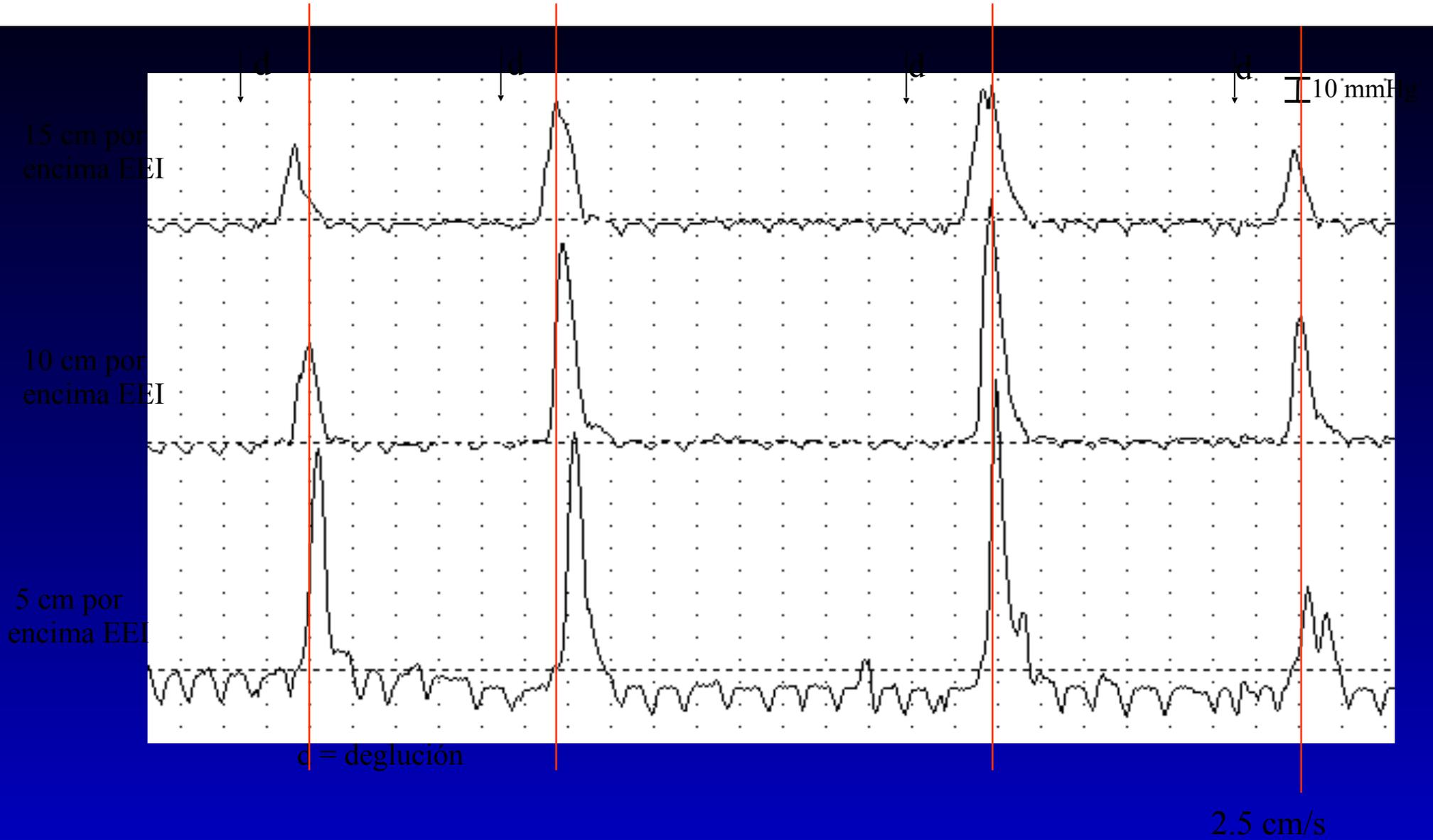
## TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS DISTINTOS A LA ACHALASIA

### ESPASMO DIFUSO ESOFAGICO

#### DIAGNOSTICO

- a) CLÍNICO: Dolor y disfagia.
- b) RADIOLÓGICO: UEG normal, no dilatación, contractibilidad anormal.
- c) ENDOSCÓPICO: no hallazgos significativos.
- d) MANOMÉTRICO: EEI normal, *mas de 20 % de ondas terciarias*, peristaltismo presente.

# ESPASMO DIFUSO ESOFAGICO



Press

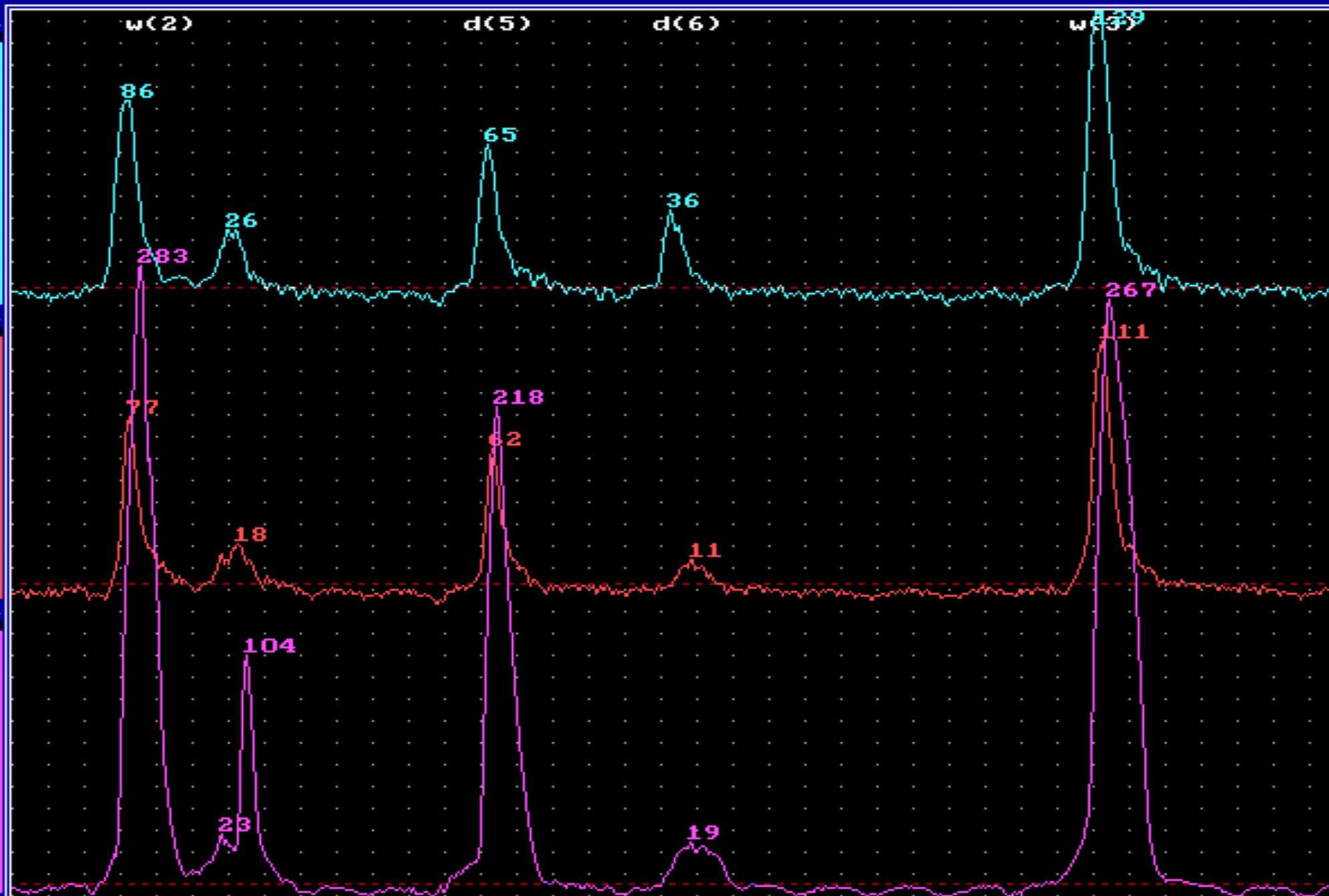
4  
\*  
110  
100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

Press

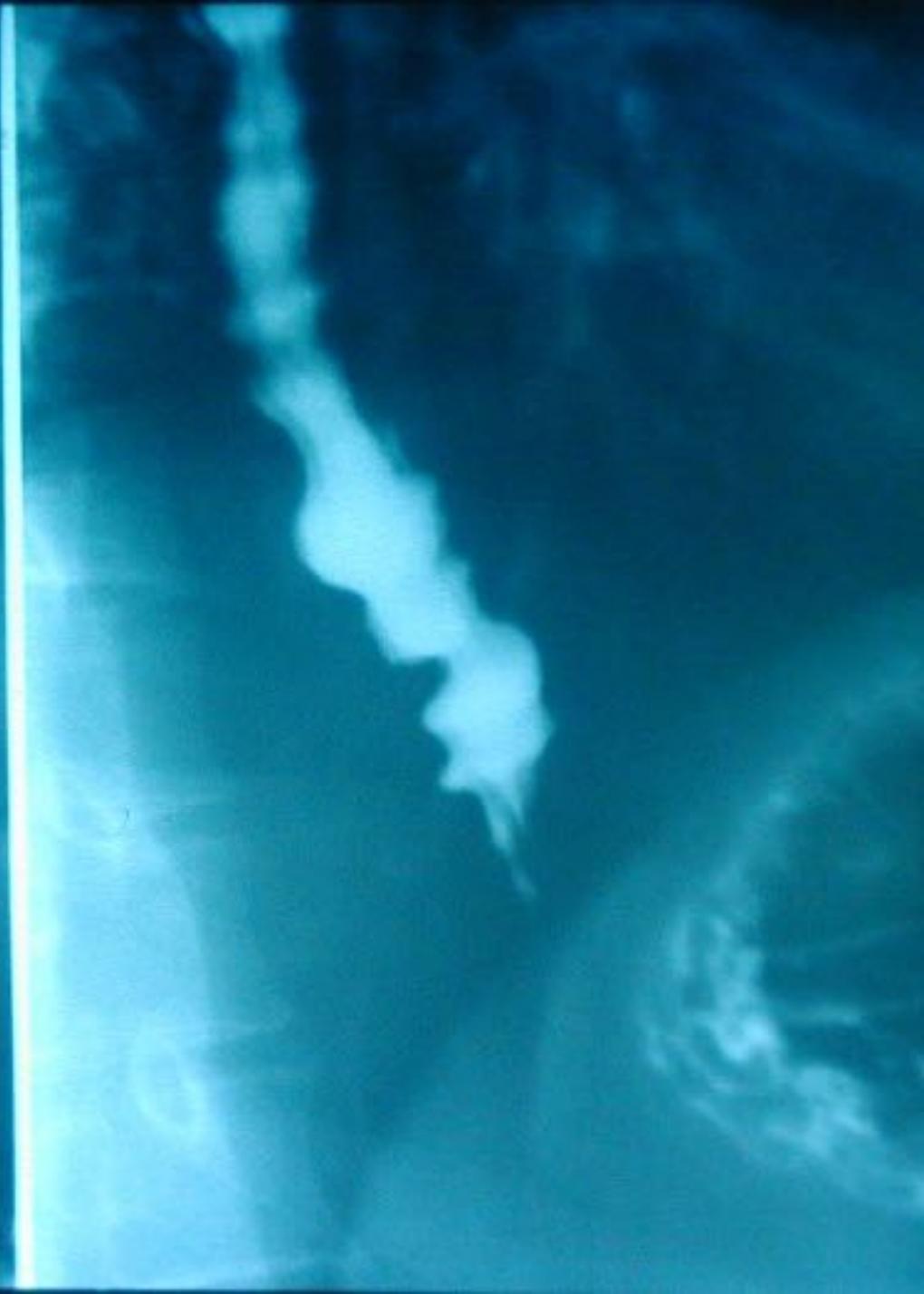
5  
\*  
110  
100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

Press

6  
\*  
110  
100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0



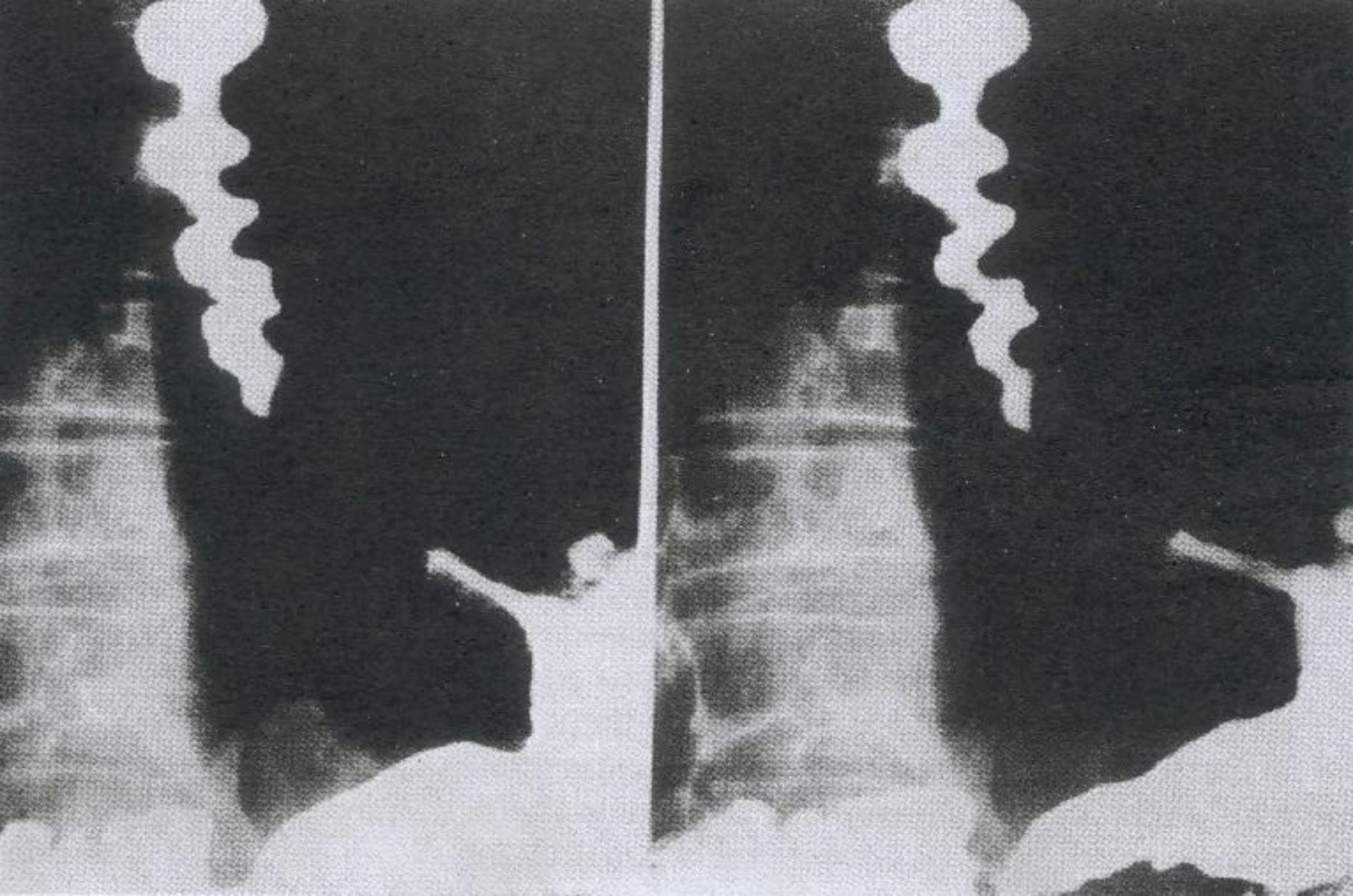
Dr. Amit Kumar  
13-III-97 Dr. Cozli  
May Pathology Service

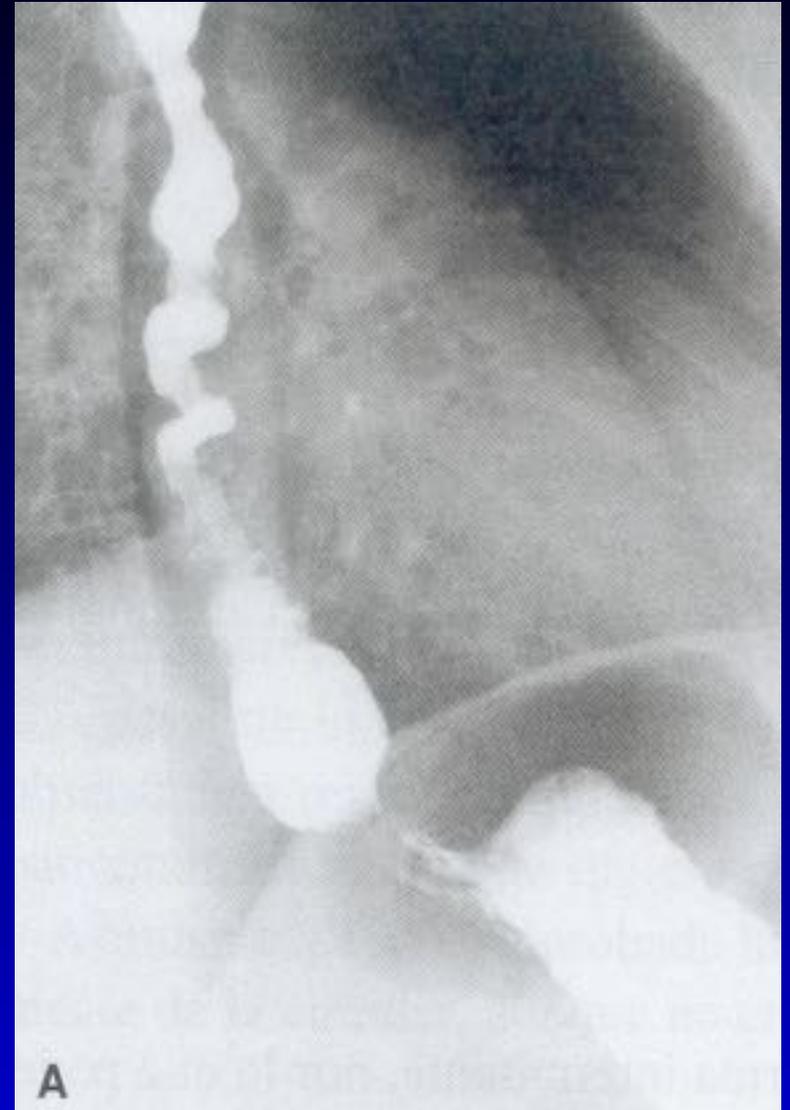
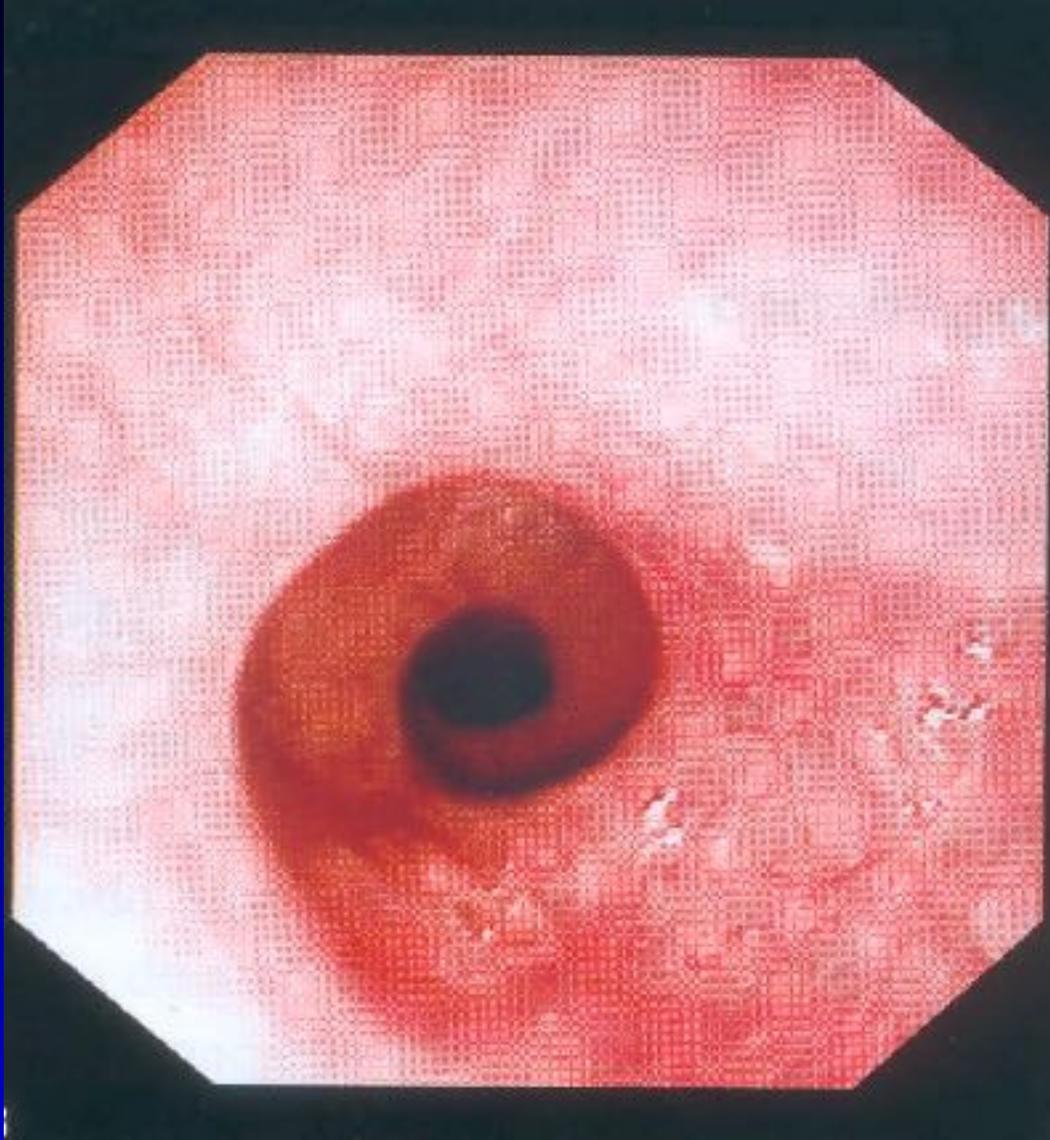


Handwritten text in a vertical column, likely a page from a manuscript. The characters are faint and difficult to read, but appear to be in a traditional East Asian script. The page shows signs of wear, including a dark, irregular stain near the top edge.

Handwritten text in a vertical column, likely a page from a manuscript. The characters are faint and difficult to read, but appear to be in a traditional East Asian script. The page shows signs of wear, including a dark, irregular stain near the top edge.

Handwritten text in a vertical column, likely a page from a manuscript. The characters are faint and difficult to read, but appear to be in a traditional East Asian script. The page shows signs of wear, including a dark, irregular stain near the top edge.





## TRASTORNOS MOTORES ESOFAGICOS DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS.

### ESPASMO DIFUSO ESOFAGICO IDIOPATICO.

#### Tratamiento

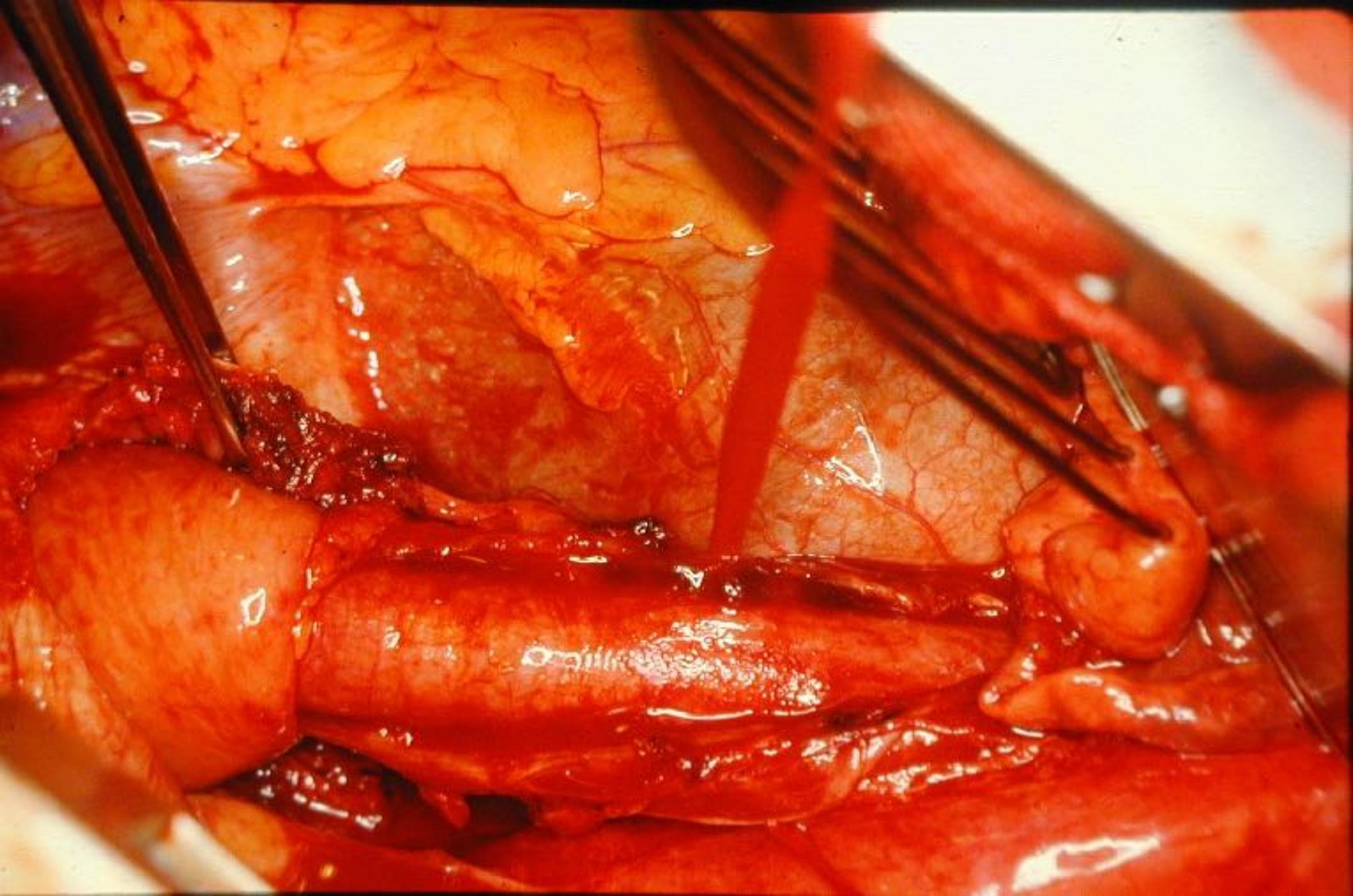
- Sólo en casos sintomáticos.
- Primera opción —————> Tratamiento conservador:
  - Antagonistas del calcio (Nifedipina)
  - En algunos casos, antidepresivos y ansiolíticos
  - Contacto directo y frecuente con el paciente

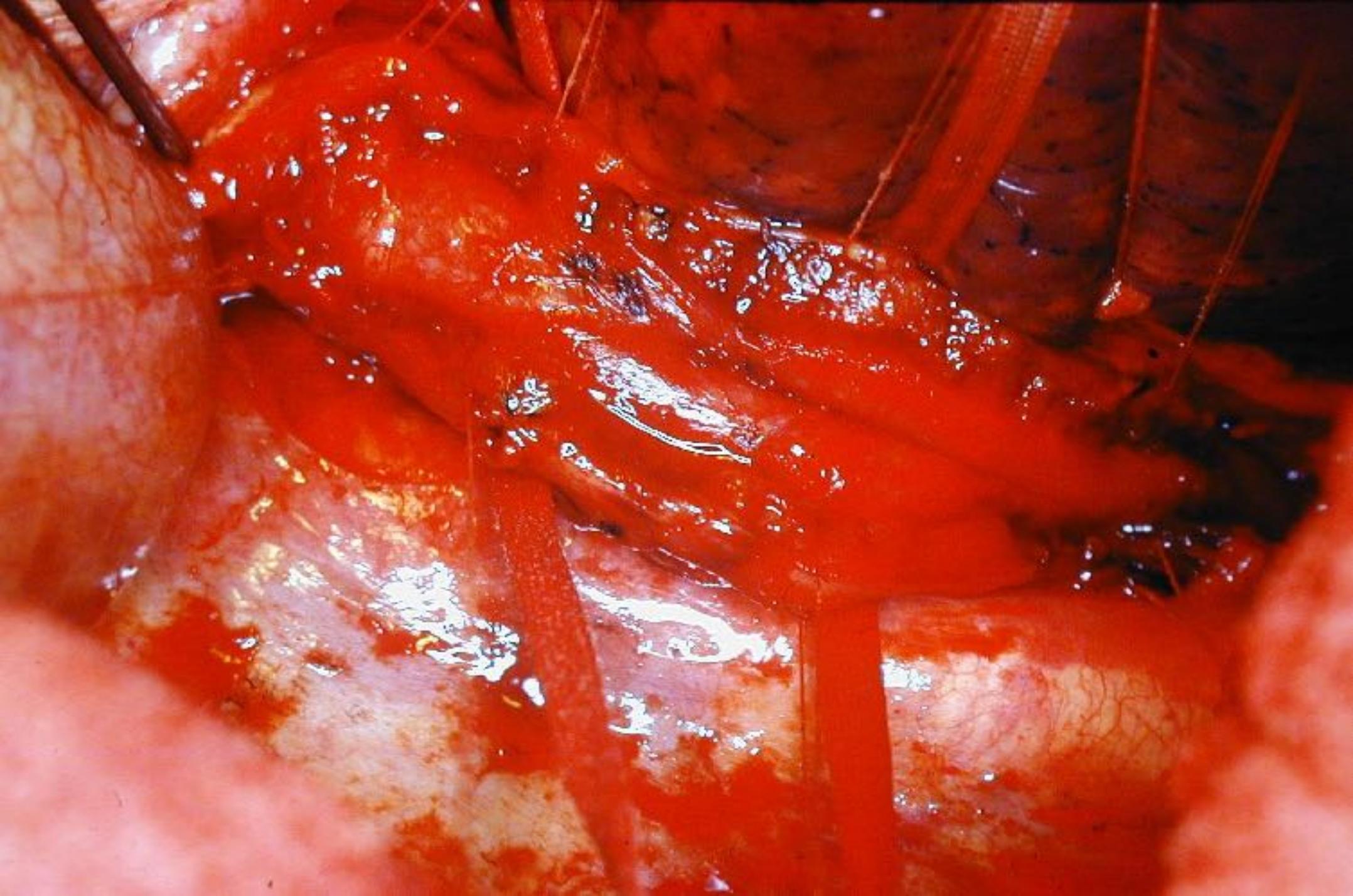
## TRASTORNOS MOTORES ESOFAGICOS DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS.

### ESPASMO DIFUSO ESOFAGICO IDIOPATICO

#### Tratamiento

- Si fracasa el tratamiento conservador, la sintomatología es invalidante y el paciente es estable psicológicamente, se pueden indicar otros tratamientos.
  - Dilatación forzada del esófago
  - Inyección de toxina botulínica
- } Malos resultados
- Miotomía longitudinal del esófago → Aunque los resultados no son tan espectaculares como en la Achalasia de cardias, mejoran la sintomatología en el 75% de los casos, especialmente si el síntoma predominante es la disfagia.





## TRASTORNOS MOTORES ESOFAGICOS DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS.

### PERISTALTISMO ESOFAGICO SINTOMATICO

#### DIAGNOSTICO

- a) CLÍNICO: Dolor.
- b) RADIOLÓGICO: no hallazgos significativos.
- c) ENDOSCÓPICO: no hallazgos significativos.
- d) MANOMÉTRICO: ondas peristálticas de gran presión ( $> 180$  mmHg).
- e) pHMÉTRICO: ausencia de RGE patológico.

Amplitud > 180 mmHg



Press

3  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

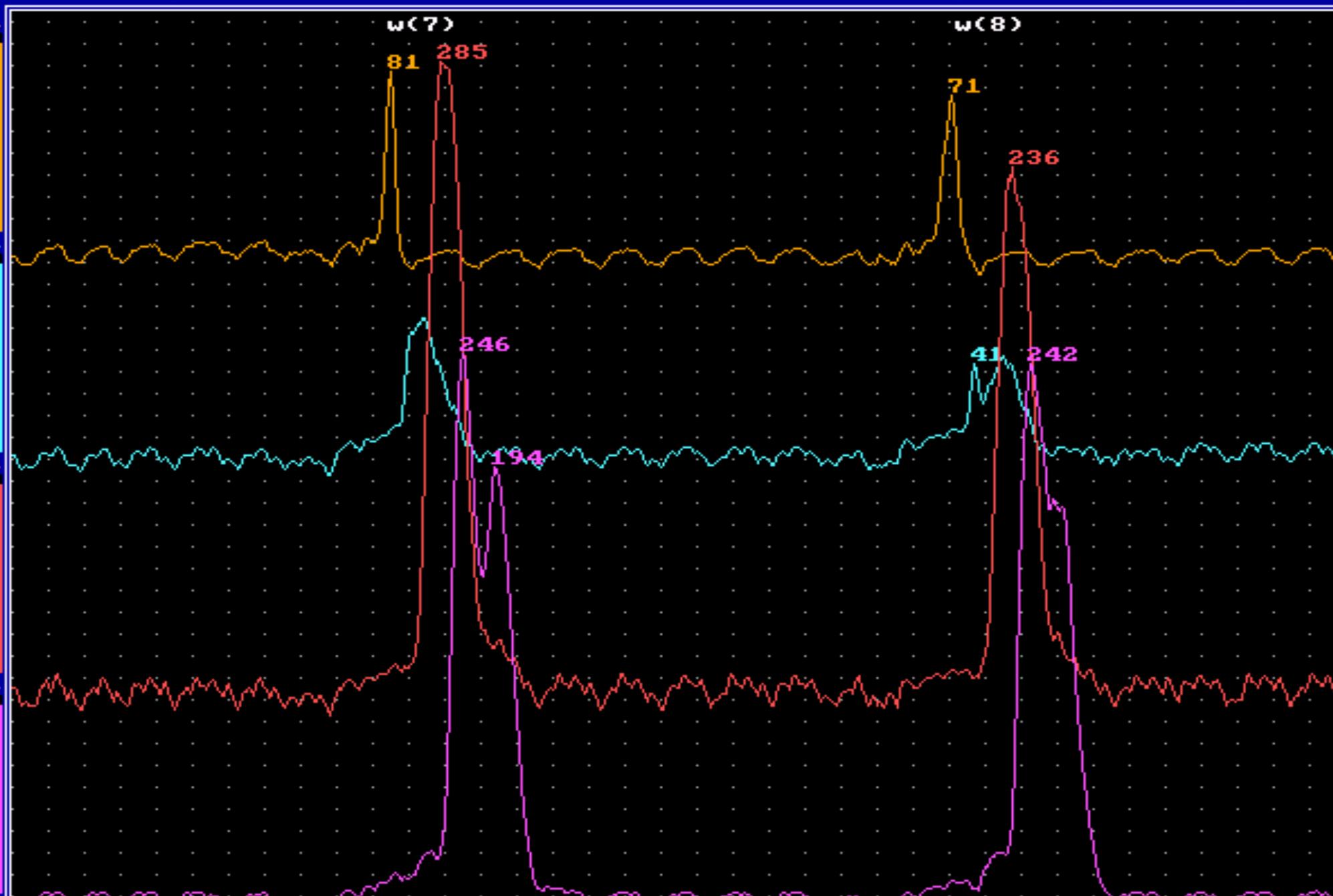
Press

4  
\*  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

Press

5  
\*  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

Press

6  
\*  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

## TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS

ESPASMO DIFUSO ESOFAGICO IDIOPATICO Y PERISTALTISMO  
ESOFAGICO SINTOMATICO

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- a) DOLOR DE ORIGEN CORONARIO (estudio cardiológico).
- b) ASOCIACIÓN CON ERGE (clínica, endoscopia y pHmetría).
- c) OTROS TME (clínica, Rx y MIE)

TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS

- EEI HIPERTENSIVO
- TM INESPECIFICOS

- 
- Entidades clinicas mal tipificadas y peor conocidas
  - Poco frecuentes
  - Pueden ser hallazgos manometricos asintomaticos
  - Si presentan clinica (disfagia y/o dolor) : misma pauta que en el resto de los TM
  - En los TM inespecificos hay que descartar asociación con el RGE.

## TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS

Entre 1978 y 2005, se realizaron 3032 MIE:

- 192 pacientes con **Achalasia de cardias**:
  - Cirugía: 177 (92 %).
  - Dilat-Botox: 15 (8 %).
- 65 pacientes con **EDEI**:
  - Cirugía: 7 (11 %).
  - Tto médico: 42 (65 %).
- 44 pacientes con **PES**:
  - Cirugía: 0.
  - Tto médico: 36 (82 %).

## TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS

### Actitud ante un paciente con Espasmo Difuso Esofágico (EDEI)

Excluir el EDE secundario a:

- Reflujo Gastro-Esofágico —————> pHmetria 24 horas
- Estenosis esofágica distal —————> Endoscopia

## PACIENTES Y MÉTODOS

Dic 1978 - Dic 2005:

7 pacientes fueron intervenidos en nuestro Servicio con el diagnóstico de Espasmo Difuso Esofágico.

- 
- Edad media: 40 años (21-72).
  - Sexo (V/M) 4/3.

## PACIENTES Y MÉTODOS

### DATOS CLINICOS:

Disfagia	7(100%)
Dolor torácico	7 (100%)
Regurgitaciones	2 (28%)
Perdida de peso	2 ( 28%)

## PACIENTES Y MÉTODOS

### DATOS RADIOLOGICOS :

T. Motores	6 ( 86%)
Nivel de Bario	3 ( 43%)
Divertículo epifrénico	2 ( 28%)

## PACIENTES Y MÉTODOS

### ENDOSCOPIA:

- Ausencia de malignidad
- No esofagitis.

### pHMETRIA DE 24 HORAS:

- Ausencia de RGE ácido patológico
- % de tiempo con  $\text{pH} < 4$ : 2.4% ( 1.6% - 3.2%)

## PACIENTES Y MÉTODOS

### MANOMETRIA INTRALUMINAL ESOFAGICA:

- EEI:
  - P. basal [mediana (rango)] : 18,2 mm Hg (12.6 – 36.7)
  - Relajación normal.
- Cuerpo Esofágico:
  - Porcentaje ondas simultáneas [mediana (rango)] : 79 % ( 60-90)
  - Amplitud ondas [mediana (rango)]: 118 mm Hg (75- 350)

## PACIENTES Y MÉTODOS

### INDICACIONES DE LA CIRUGÍA:

- |                            |          |
|----------------------------|----------|
| - Clínica invalidante      | 5 ( 71%) |
| - Presencia de Divertículo | 2 ( 28%) |

## PACIENTES Y MÉTODOS

### TECNICA QUIRURGICA :

- Vias de Abordaje:
  - Toracotomia izquierda 6 casos.
  - Toracotomia derecha + Laparotomia 1 caso.
- Procedimiento:
  - Miotomia longitudinal extendida al EEI  
+ Antirreflujo parcial 7 casos.
  - Diverticulectomía 2 casos.

## RESULTADOS

- SEGUIMIENTO [mediana (rango)] : 9 años ( 1- 17)
- RESULTADOS CLINICOS (n=7)
  - Excelentes 1 (14 %)
  - Buenos 5 (71%)
  - Regulares 1 (14%)

## RESULTADOS

### RESULTADOS RADIOLOGICOS (n=7)

- Desaparición del divertículo 2 (28%)
- Buen paso de bario al estómago 5 (72%)

## RESULTADOS

### RESULTADOS ENDOSCOPICOS (n=7)

- Esofagitis Grado I 2 (28 %)

### RESULTADOS pHMETRICOS (n=7)

- Reflujo gastroesofágico ácido patológico 3 (43%)

### RESULTADOS MANOMETRICOS (n=7)

- EEI: No hubo cambios

- CE: Disminución de la amplitud media de las ondas (  $p < 0.001$  )

( 117 mm Hg versus 70 mm Hg)

## CONCLUSIONES

1. Los trastornos motores primarios del esófago, distintos a la Achalasia de cardias, son poco frecuentes y raramente precisan tratamiento quirúrgico.
2. La miotomía longitudinal del esófago puede ser una técnica eficaz en el control de los síntomas de los pacientes con Espasmo Difuso Esofágico (85% en nuestra serie) siempre que la selección de los mismos sea correcta y minuciosa. La miotomía debe extenderse hasta el EEI y se debe asociar una técnica antirreflujo.

## CONCLUSIONES

3. Cuando no existe clínica invalidante, el tratamiento conservador con ansiolíticos, antidepresivos y antagonistas del calcio es una buena opción terapéutica, mejorando la situación del paciente en un alto porcentaje de los casos.