

Estados intermedios en las alteraciones motoras primarias del esófago

JOSÉ RAMÍREZ-DEGOLLADO
RICARDO BARINAGARREMENTERÍA y
LUIS LANDA

En 33 pacientes con alteraciones motoras primarias del esófago, sometidos a estudio manométrico, se comprobó que además de los patrones característicos de la acalasia típica y del espasmo difuso del esófago, existen dos estados intermedios. La observación adicional de que en algunos casos ocurre conversión de una disfunción a la otra, sugiere que se trata de una sola entidad patológica, con diferencia en el grado en que se ven afectados los plexos nerviosos esofágicos.

CLAVES: Esófago, manometría, acalasia, espasmo difuso, disfunciones intermedias, concepto unitario.

Recibido: 22 de abril de 1981.
Aceptado: 26 de noviembre de 1981.

José Ramírez-Degollado. Académico numerario.

Luis Landa. Académico titular.

Todos los autores. Hospital General. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las alteraciones motoras primarias del esófago incluyen básicamente dos enfermedades: acalasia y espasmo difuso. Estos estados disfuncionales de la motilidad esofágica no obedecen a lesiones locales como la esofagitis péptica, estenosis o carcinoma, ni a enfermedades generales, neurológicas o musculares.¹⁻⁵

De acuerdo con el concepto clásico la acalasia es una enfermedad caracterizada por ausencia de peristalsis en el cuerpo del esófago, un esfínter esof-

fágico inferior hipertónico con relajación ausente o incompleta en respuesta a la deglución y respuesta positiva a la metacolina. En el *espasmo difuso* las alteraciones motoras afectan principalmente los dos tercios distales del esófago; la mayoría de los casos presentan relajación normal del esfínter esofágico inferior y la respuesta a la metacolina es positiva en algunos pacientes (fig. 1).⁶⁻⁸



Fig. 1. Imágenes radiológicas de A) acalasia y B) espasmo difuso del esófago.

El propósito del presente trabajo es llamar la atención sobre alteraciones en los patrones manométricos del esófago que no corresponden a la definición de las citadas entidades clásicas.

Material y métodos

En la Sección de Fisiología del Hospital General del Centro Médico Nacional, durante el periodo comprendido entre julio de 1978 y diciembre de 1979, se realizaron 142 estudios de la motilidad del esófago, de los cuales 33 revelaron alteraciones motoras primarias del esófago. Dieciocho de ellos fueron varones; su edad promedio fue de 36.6 años. Veintiséis tenían diagnóstico clínico y radiológico de acalasia y siete de espasmo difuso del esófago. La sintomatología principal fue dislalia de grado variable, regurgitaciones, pérdida de peso y dolor retroesternal.

Para los registros de presiones se utilizó un polígrafo Hewlett-Packard de seis canales, con transductores externos de presión, una bomba hidráulica de infusión, un monitor y registro gráfico. Se empleó además un catéter de polivinilo de punta abierta con tres orificios laterales separados uno del otro 5 cm. Estos orificios laterales correspondieron a las distancia proximal, medio y distal. En su parte más distal el catéter está dotado de tres orificios colocados a la misma distancia, pero con diferente orientación, para registrar en forma más precisa las presiones del esfínter esofágico inferior (fig. 2). Al través del catéter se mantiene

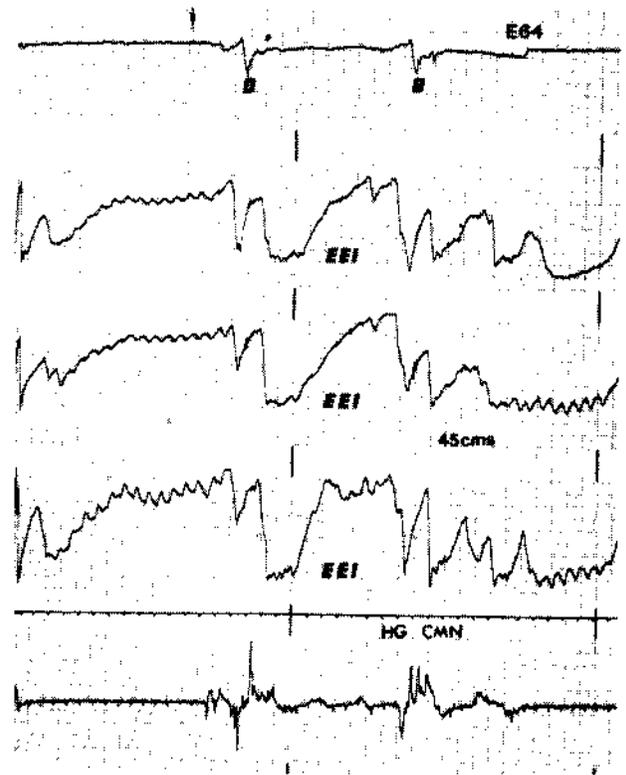


Fig. 2. Registro del esfínter esofágico inferior (EEI).

una perfusión continua de agua a una velocidad de 0.7 ml por minuto.

El catéter se introdujo hasta el estómago del paciente y la referencia para medir distancias fue la arcada dentaria. La calibración del aparato se hizo a 5,33 kPa (40 mm Hg) y el sistema que se utilizó fue el tradicional *station pull through*. Los parámetros que se emplearon para la interpretación de los trazos fueron: 1) peristalsis esofágica; 2) relajación del esfínter esofágico inferior; 3) carácter vigoroso de las contracciones. Cada uno de estos eventos se marcaron con las siguientes letras:

P: presencia de peristalsis; p: ausencia de peristalsis; R: relajación del esfínter esofágico inferior; r: ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior; V: carácter vigoroso de las contracciones; v: patrón no vigoroso de las contracciones.

La contracción se consideró peristáltica cuando las ondas de presión ocurrían en forma progresiva después de una deglución. La relajación se consideró efectiva cuando la presión del esfínter esofágico inferior descendió por debajo de la línea base. Las contracciones se consideraron vigorosas cuando: a) aparecieron tres o más ondas de contracción en respuesta a una deglución, ondas repetitivas; y b) cuando las ondas de contracción tenían una amplitud de 5,33 kPa (40 mm Hg) de presión o más y una duración mayor a los seis segundos, o bien se presentaban espontáneamente.

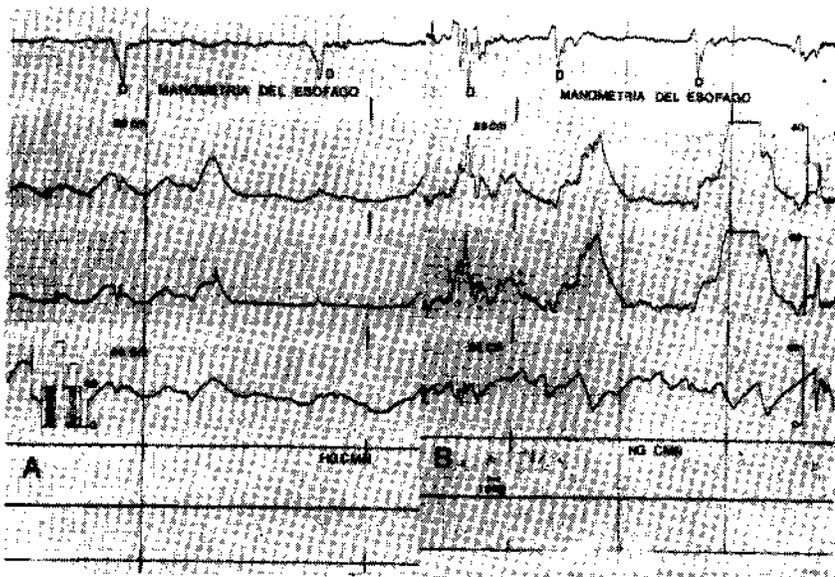


Fig. 3. A) ausencia de peristalsis sin relajación del EEI (patrón prV); B) peristalsis vigorosa sin relajación del EEI (patrón prV).

Fig. 4. Ondas de peristalsis repetitivas, de gran presión con relajación del EEI (patrón PRV).

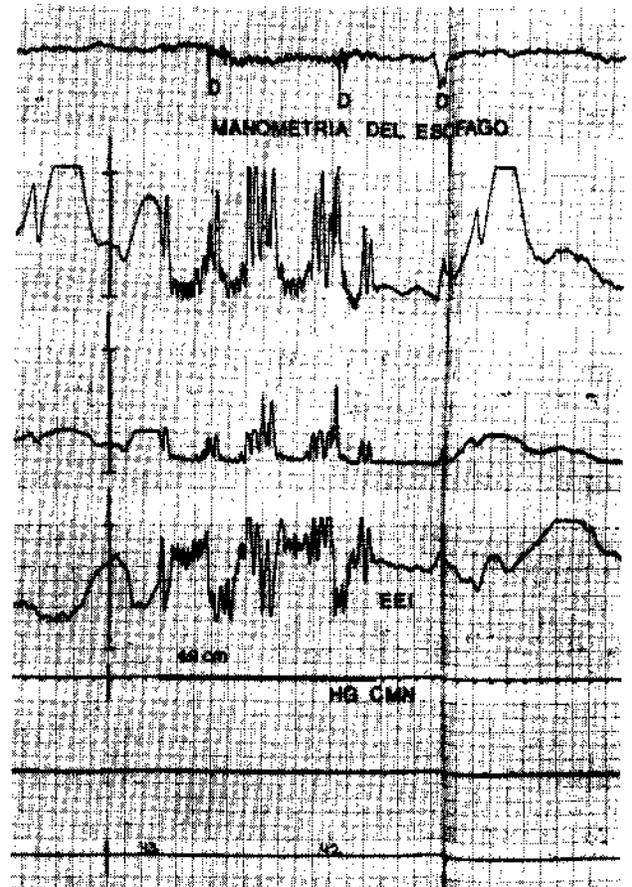
Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos, se constituyen tres grupos, de la siguiente manera:

Grupo I. Formado por 12 pacientes (36.3%), en quienes no hubo peristalsis ni relajación del esfínter esofágico inferior. De acuerdo con los parámetros ya mencionados, este grupo correspondió al patrón pr. Cuatro de estos pacientes (33.3%) presentaron contracciones de tipo vigoroso. Todos estos enfermos, tenían diagnóstico clínico y radiológico de acalasia antes de realizar el estudio manométrico (fig. 3).

Grupo II. Este grupo quedó constituido por seis pacientes, quienes en el registro manométrico mostraron presencia de ondas de contracción y relajación efectiva del esfínter esofágico inferior. De acuerdo con los parámetros establecidos, estos enfermos correspondieron al patrón PR. Tres de estos enfermos, presentaron ondas de contracción repetitivas y espontáneas (fig. 4).

Grupo III. Este grupo lo integraron la mayoría de los pacientes, y exhibían datos manométricos mixtos de acalasia y espasmo difuso. Fueron 15 pacientes (45%) y los datos que presentaron fueron: a) presencia de ondas de contracción y ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior, patrón Pr (fig. 5); b) ausencia de las ondas de contracción con presencia de relajación del esfínter esofágico inferior, patrón pR. El 33 por ciento de estos pacientes presentaron ondas de contracción vigorosas (fig. 6).



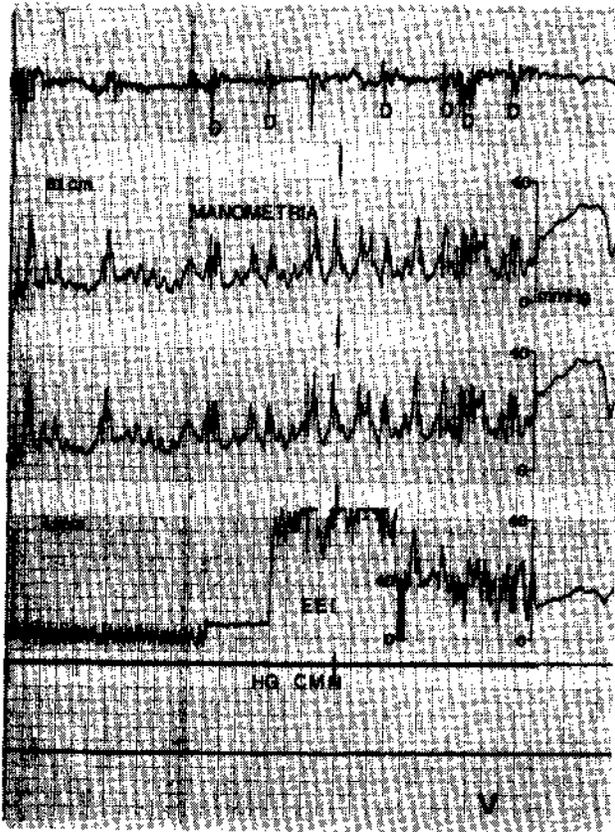


Fig. 5. Peristalsis esofágica con ausencia de relajación del EEL (patrón Pr).

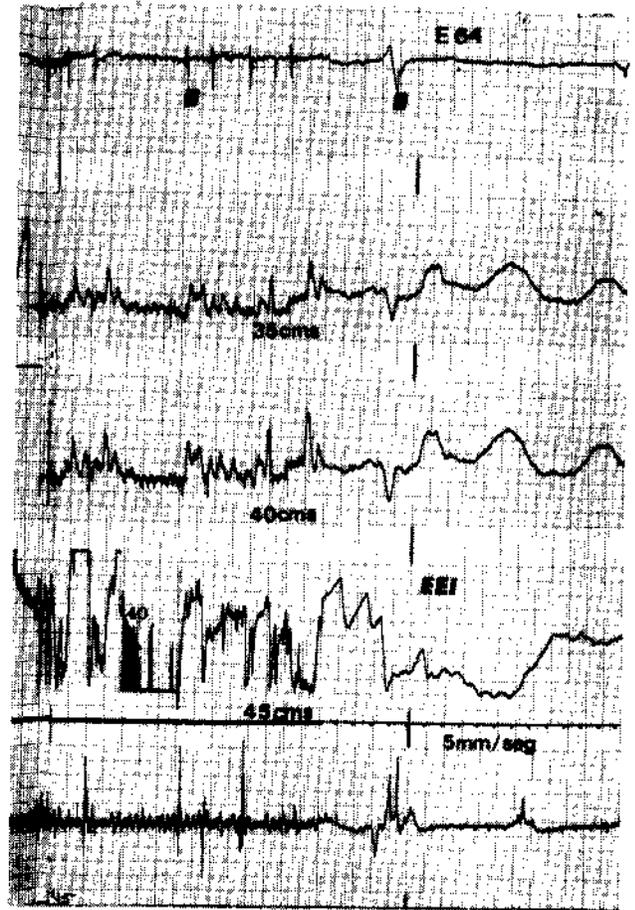


Fig. 6. Ausencia de peristalsis esofágica con relajación del EEL (patrón pr).

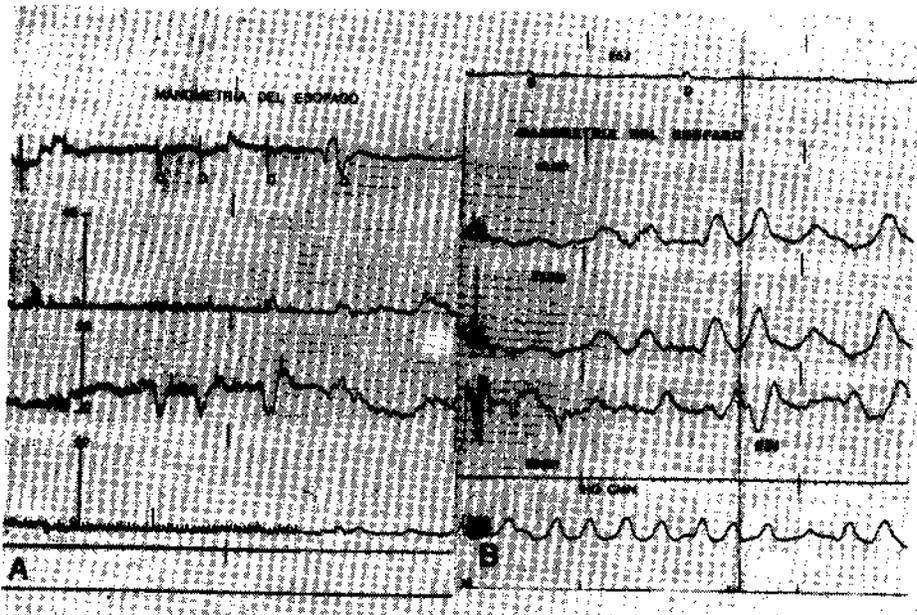


Fig. 7. Evolución manométrica en un paciente. A) ausencia de peristalsis en el esófago y relajación del EEL (patrón pR); B) ausencia de peristalsis y de relajación del EEL (patrón pr).

De acuerdo con los parámetros utilizados en este trabajo, se considera que en la acalasia típica (patrón pr) no hay ondas de contracción ni relajación del esfínter esofágico inferior. En el espasmo difuso del esófago existen ondas de contracción con carácter vigoroso y relajación del esfínter esofágico inferior (patrón PR). Además de estos patrones claramente definidos, se encontraron dos combinaciones, los patrones Pr y pR, que constituyen estados intermedios, hasta ahora no incluidos en la clasificación. Tales estados intermedios habitualmente exhiben un curso clínico semejante o indistinguible de cualquiera de las dos entidades bien establecidas.

Tres casos que en el primer estudio clínico y manométrico se catalogaron como espasmo difuso del esófago (PR) poco tiempo después presentaron una acalasia típica con patrón pr (fig. 7).

Estos resultados sugieren que la acalasia y el espasmo difuso del esófago constituyen una misma entidad patológica, con diverso grado de afectación de los plexos nerviosos del esófago.

REFERENCIAS

1. Bondí, J. L.; Godwin, D. H. y Garrett, J. M.: *Vigorous achalasia*. Am. J. Gastroenterol. 58:145, 1972.
2. Cohen, S. y Lipshütz, W.: *Lower esophageal sphincter dysfunction in achalasia*. Gastroenterology 61:814, 1971.
3. Creame, B.; Donoghue, F. E. y Lope, C. F.: *Pattern of esophageal motility in diffuse spasm*. Gastroenterology 34:782, 1958.
4. Dimarino, A. J. y Cohen, S.: *Characteristics of lower esophageal sphincter function in symptomatic diffuse spasm*. Gastroenterology 66:1, 1974.
5. Kramer, P.; Harris, L. D. y Donaldson, R. M.: *Transition from symptomatic diffuse spasm to cardiospasm*. Gut 8:164, 1967.
6. Vantrappen, G.; Janssens, J. y Hellemans, J.: *Achalasia, diffuse esophageal spasm, and related motility disorders*. Gastroenterology 76:450, 1979.
7. Ramírez Degollado, J.; Guarner, V. y Landa, L.: *Alteraciones en la motilidad esofágica en el espasmo difuso en las enfermedades del tejido conjuntivo y en la pseudoacalasia*. Rev. Gastroenterol. (Méx.) 36:360, 1971.
8. Guarner, V.; Landa, L. y Ramírez Degollado, J.: *Achalasia y esofagitis péptica*. Rev. Gastroenterol. (Méx.) 36:365, 1971.