

Trastornos de la motilidad esofágica

Seminario de Actualización en Gastroenterología - 20 de noviembre 2021

Ponente: *Dr. Vega-Peña Edgardo Misael*

Redactó: *Vazquez-Medina Oswaldo Humberto*

La evaluación fisiológica del esófago evolucionó durante las últimas 3 décadas, con un aceleramiento en los últimos 15 años. Poco antes de los años 90 surge la primera clasificación en la que se hace uso de la manometría convencional, donde empiezan los primeros diagnósticos como esófago de cascanueces y motilidad esofágica inefectiva. Actualmente, la manometría no sería igual sin la topografía a color, la cual facilita bastante la creación de diferentes consensos.

En 2020, surge la última actualización de la escala de Chicago, en su versión 4.0, la cual establece que los trastornos se diagnostican sólo en caso de que tengan síntomas clínicamente significativos. Por ejemplo, en Chicago 3.0 cualquier trastorno motor se asociaba a las magnitudes que se observan en los estudios, con lo cual, el abanico de pacientes que se consideraban enfermos era más amplio. La Clasificación de Chicago 4.0 reduce dicho abanico de pacientes, ya que excluye a aquellos que tienen cambios específicos en el estudio, pero que no tienen trascendencia clínica. Las 3 principales herramientas son la sonda de manometría de alta resolución esofágica (MARE) (**Fig. 1**), los catéteres de sensores ópticos y la manometría convencional (**Fig. 2**), la cual se ha visto desplazada por las ventajas que la MARE ofrece.

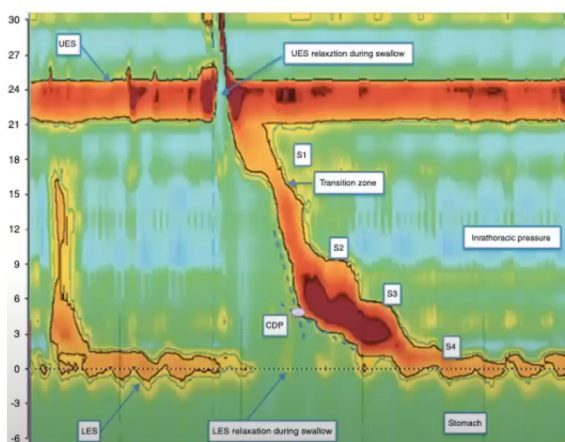


Figura 1. Manometría de alta resolución

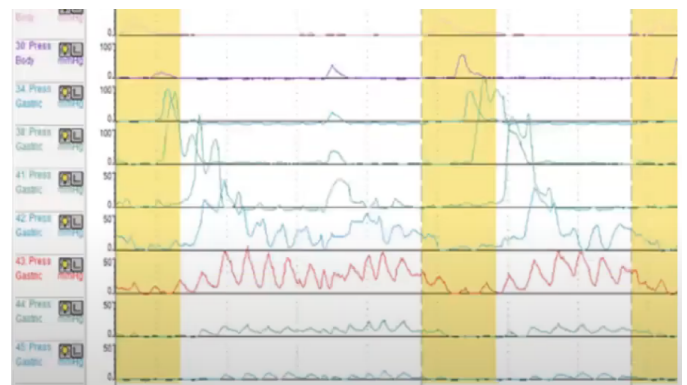


Figura 2. Manometría convencional

La manometría convencional es de bajo costo, pero su capacidad diagnóstica no es tan buena como la de la manometría de alta resolución. Las ventajas de la manometría de alta resolución incluyen que esta técnica es una representación de 3 dimensiones con topografía de colores, permite una evaluación rápida, tiene una menor dificultad y que presenta una gran capacidad docente.

La manometría esofágica de alta resolución, en conjunto con las escalas de Chicago 3.0 y 4.0, logra una evolución en diagnósticos con respecto a la manometría convencional

Por ejemplo, anteriormente se clasifica la acalasia como: acalasia clásica y acalasia vigorosa, mientras que actualmente se divide en acalasia subtipo I, II y III.

Las indicaciones para la manometría esofágica incluyen: disfagia no obstructiva (la cual es la principal razón diagnóstica de acalasia), dolor torácico no cardíaco, síntomas de reflujo, colocación de catéter de pHmetría, evaluación prequirúrgica y la acalasia (para establecer un mejor abordaje y una evaluación posquirúrgica).

INFORMES DE CONFERENCIA

Las contraindicaciones para la manometría esofágica comprenden: poca cooperación del paciente con el procedimiento y el personal de salud, ya sea por una situación médica o psicológica (demencia, paciente sordo), alteraciones cardiológicas o respiratorias graves, y enfermedades faríngeas o esofágicas que impidan la colocación del catéter (P. ej. tumores).

Debe haber una preparación previa a la realización de la manometría esofágica. Las indicaciones son ayuno de 6 horas y suspensión de ciertos medicamentos (como los inhibidores de la bomba de protones, antagonistas de receptores H₂, anticolinérgicos, nitratos, bloqueadores de canales de calcio, opioides y antiglicemiantes) por el ayuno que se tiene que llevar a cabo. No se deben suspender los medicamentos antihipertensivos. En pacientes con sospecha de acalasia, es importante brindar una dieta líquida por lo menos dos días previos a la realización de la manometría para un estudio de mayor calidad.

Una peristalsis normal es aquella que tiene una presión de vigor contráctil (DCI) mayor de 450 mm Hg/s/cm, pero menor de 8000 mm Hg/s/cm. Si esta fuese menor de 100 mm Hg/s/cm de DCI, se le conoce como una contracción fallida. Para proporcionar un diagnóstico de trastorno motor esofágico es necesario realizar un análisis de 10 degluciones, según Chicago 4.0 en norma para todo el mundo. El análisis se compone de una etapa de 60 segundos de adaptación para el paciente, seguida de una etapa de 3 respiraciones profundas para evaluar la unión esófago-gástrica, luego una etapa de 30 segundos donde se observa la presión basal, y posteriormente 10 tragos de 5 ml de agua con un espacio de 30 segundos entre cada uno para realizar las mediciones. Una prueba adicional de este estudio es la reserva peristáltica.

Al tomar en consideración los conceptos anteriores, es posible conocer los pasos para la evaluación de la función esofágica. La clasificación Chicago divide los trastornos en obstructivos o de la peristalsis (Fig. 3).

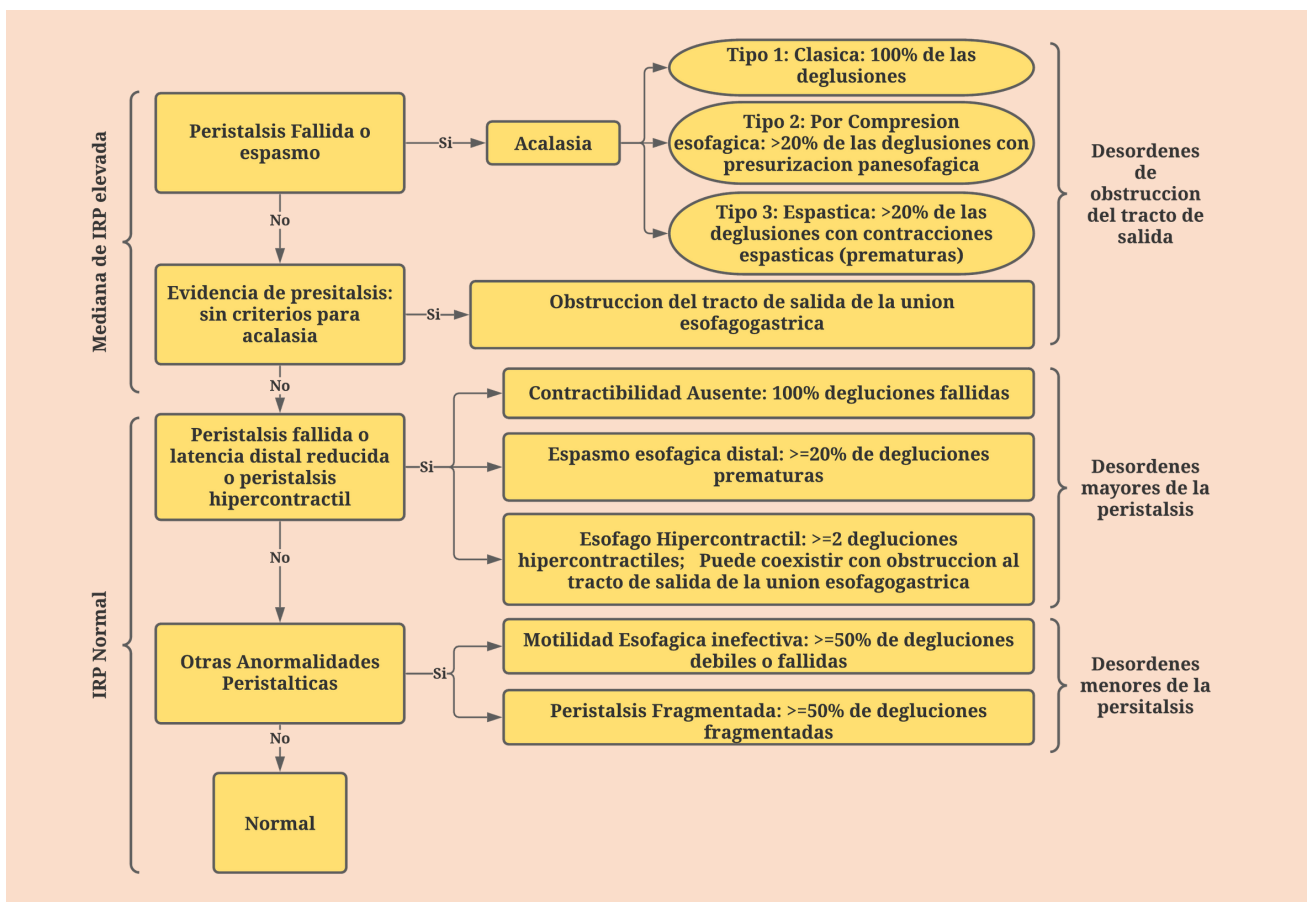


Figura 3. Interpretación diagnóstica de la escala Chicago 3.0 Autor: Oscar Gonzalez



El primer paso es realizar la pregunta: ¿estamos ante un trastorno obstructivo? Esto depende del IRP (siglas en inglés para presión de relajación integrada) si es menor de 15, es poco probable que se trate de un trastorno obstructivo. Se procede a realizar diferentes preguntas para orientar mejor el diagnóstico: ¿es una acalasia?, ¿es un trastorno obstructivo de la unión esófagogástrica?, ¿es clínicamente relevante? y ¿requiere un segundo estudio?

Cuando el paciente no presenta un trastorno obstructivo, surge la segunda pregunta de importancia: ¿es este un trastorno de la peristalsis esofágica? Estos se evalúan a través de la DCI y LD (Latencia Distal). El diagnóstico de trastornos de la peristalsis esofágica contempla diversas posibilidades como espasmo esofágico distal, esófago hipercontráctil y motilidad esofágica inefectiva. Se debe estimar si el trastorno es clínicamente relevante y si requiere de un segundo estudio. Además es importante considerar que puede existir una sobreposición de trastornos. Si no cumple con ninguno de estos cambios, se puede concluir una peristalsis normal.

Cuando el paciente no presenta un trastorno obstructivo, surge la segunda pregunta de importancia: ¿es este un trastorno de la peristalsis esofágica? Estos se evalúan a través de la DCI y LD (Latencia Distal). El diagnóstico de trastornos de la peristalsis esofágica contempla diversas posibilidades como espasmo esofágico distal, esófago hipercontráctil y motilidad esofágica inefectiva. Se debe estimar si el trastorno es clínicamente relevante y si requiere de un segundo estudio. Además es importante considerar que puede existir una sobreposición de trastornos. Si no cumple con ninguno de estos cambios, se puede concluir una peristalsis normal.

Hay ciertos trastornos manométricos que no siempre representan una entidad clínica patológica como el espasmo esofágico distal, esófago hipercontráctil y una obstrucción del tracto de salida de la unión esófagogástrica.

Los trastornos obstructivos se basan exclusivamente en el valor del IRP. En la acalasia tipo I, el 100 % de las peristalsis fallan: realmente no se produce peristalsis y la válvula no se relaja completamente.

Es necesario realizar un examen complementario ya que es permisible en ellas tener un IRP de hasta 10 mmHg. La acalasia tipo II (compresión esofágica) es el tipo de la acalasia más común; en esta, la peristalsis falla en su totalidad y hay un proceso de presurización panesofágica. En la acalasia tipo III o espástica, más del 20 % de las degluciones se presentan con contracciones prematuras y no hay evidencia de peristalsis. Esta última puede ser secundaria a opioides.

En una obstrucción del tracto de salida de la unión esófagogástrica, el IRP se mantiene solamente arriba de 15 mmHg. La clasificación de Chicago 4.0 menciona que para el diagnóstico de este padecimiento debe existir una media de IRP anormal (tanto de pie como en decúbito) y >20 % de presión intrabolo elevada, sin cumplir criterios de acalasia.

Los trastornos de la peristalsis incluyen: contractibilidad ausente, espasmo esofágico distal, esófago hipercontráctil (jackhammer) y motilidad esofágica inefectiva, que presenta 30 % de peristalsis débiles y/o más de 70 % fallidas. La peristalsis fragmentada no se considera un trastorno de la peristalsis según Chicago 4.0.

Para concluir, es importante valorar los avances que se alcanzaron en estos últimos años respecto a patologías funcionales gastrointestinales gracias a los avances en la tecnología, que son prueba irrefutable de que la medicina avanza a pasos agigantados y cada vez más rápido. Las futuras tecnologías permitirán definir mejor los diagnósticos, así como un mejor tratamiento e identificación del origen de sus patologías. Chicago 4.0 es el consenso que rige la nomenclatura actual de los trastornos gastrointestinales. Se designa que los pacientes deben presentar síntomas clínicamente significativos para el diagnóstico de estos trastornos, criterio que contribuye a reducir el número de pacientes que se consideran afectados.

