



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

Trastornos Motores de Esófago



Fisiología

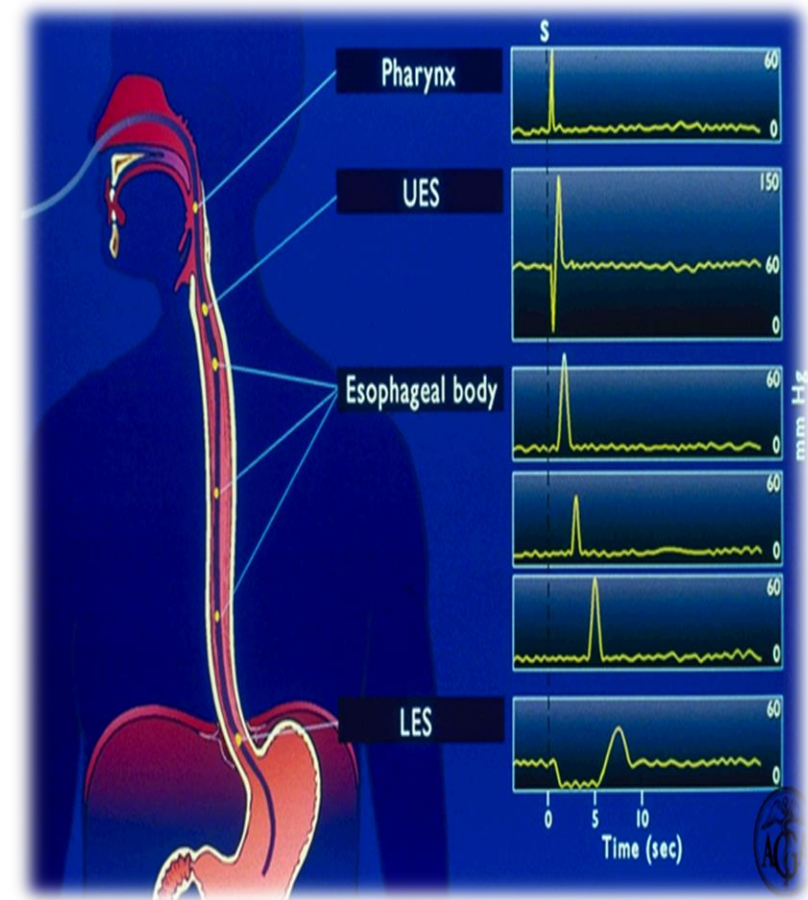
- La función que realiza el esófago, es simplemente motora y doble:
- Conducir los alimentos ingeridos desde la faringe al estómago
- Prevenir el reflujo gastroesofágico
- Cuando el primer mecanismo falla se produce una disfagia, bien sea por fracaso de la acción propulsiva o por aumento de la resistencia, sea esta de causa orgánica o funcional. Cuando se afecta el segundo mecanismo, la consecuencia es el reflujo gastroesofágico.

Esófago, anatómico y funcional

El Esfínter Esofágico Superior (EES)
40-100 mm Hg

El cuerpo del Esófago con su porción craneal formada por musculatura estriada y su porción distal (2/3 del total) formada por musculatura lisa.

El Esfínter Esofágico Inferior (EEI)
10-26 mmHg



Motilidad

- Peristálsis primaria:
- Contracción coordinada que se propaga en el cuerpo esofágico hasta el estómago, ocurre en cada deglución.
- Peristálsis secundaria:

Se produce por la distensión del esófago por los alimentos o por el reflujo del contenido gástrico al esófago.

1/3 proximal 20-80 mm Hg.

1/3 medio 40-120 mmHg.

1/3 distal 50-150 mmHg.

Evaluación de la función esofágica:

- Manometría esofágica.

Estándar de oro para el diagnóstico de trastornos motores del esófago.
Obligado antes de Cx AntiRG.

- pH metría esofágica de 24 hrs.

Estándar de oro para el diagnóstico de ERGE.

- Radiología.

Estudio inicial en pacientes con disfagia.

- Medicina nuclear.

En niños y para vaciamiento gástrico.

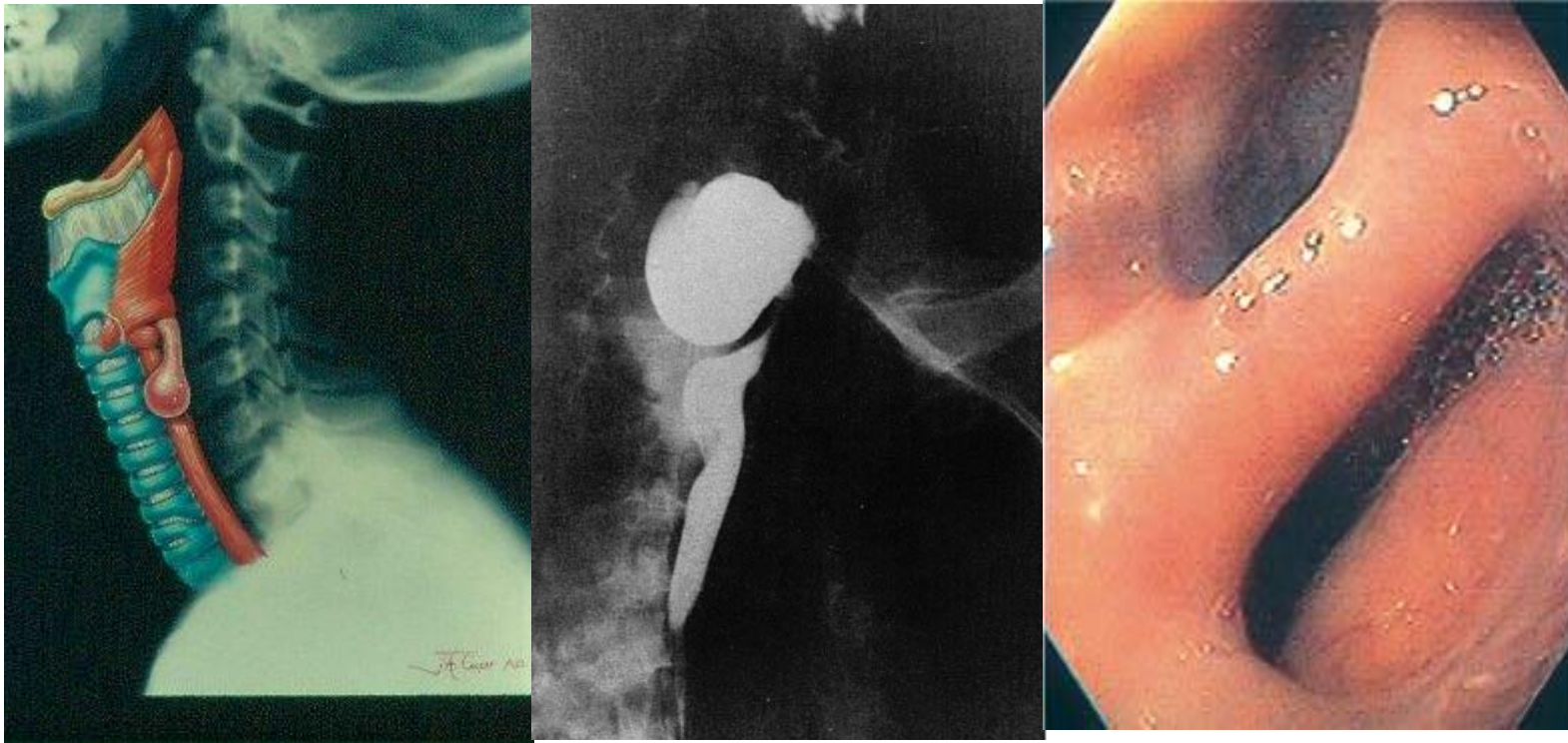
- Pruebas provocativas.

Estudio de pacientes con dolor torácico. Balón, Edrofonio, Ergonovina, Betanecol, metoclopramida.

Disfagia orofaríngea, 1ª etapa

- Una reducción de la fuerza propulsora de los músculos constrictores de la faringe, incapaces de sobrepasar la resistencia del esfínter esofágico superior o músculo cricofaríngeo, puede ser causa de disfagia.
- La dificultad para iniciar la contracción faríngea en el acto de la deglución suele encontrarse en afecciones neurológicas (Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis Múltiple, Enfermedad de Parkinson...) y en miopatías (miastenia gravis, distrofia miotónica, miopatía de la tirotoxicosis...)

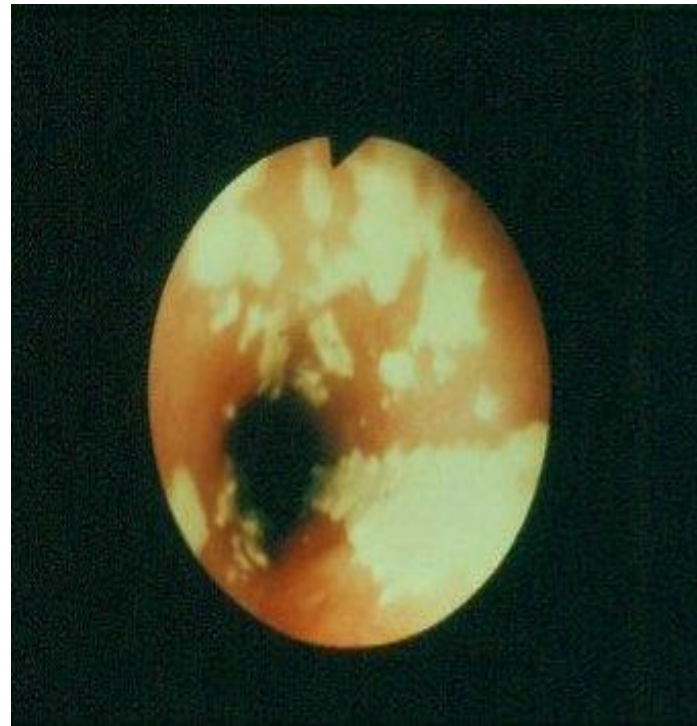
Disfagia orofaríngea, 1ª etapa



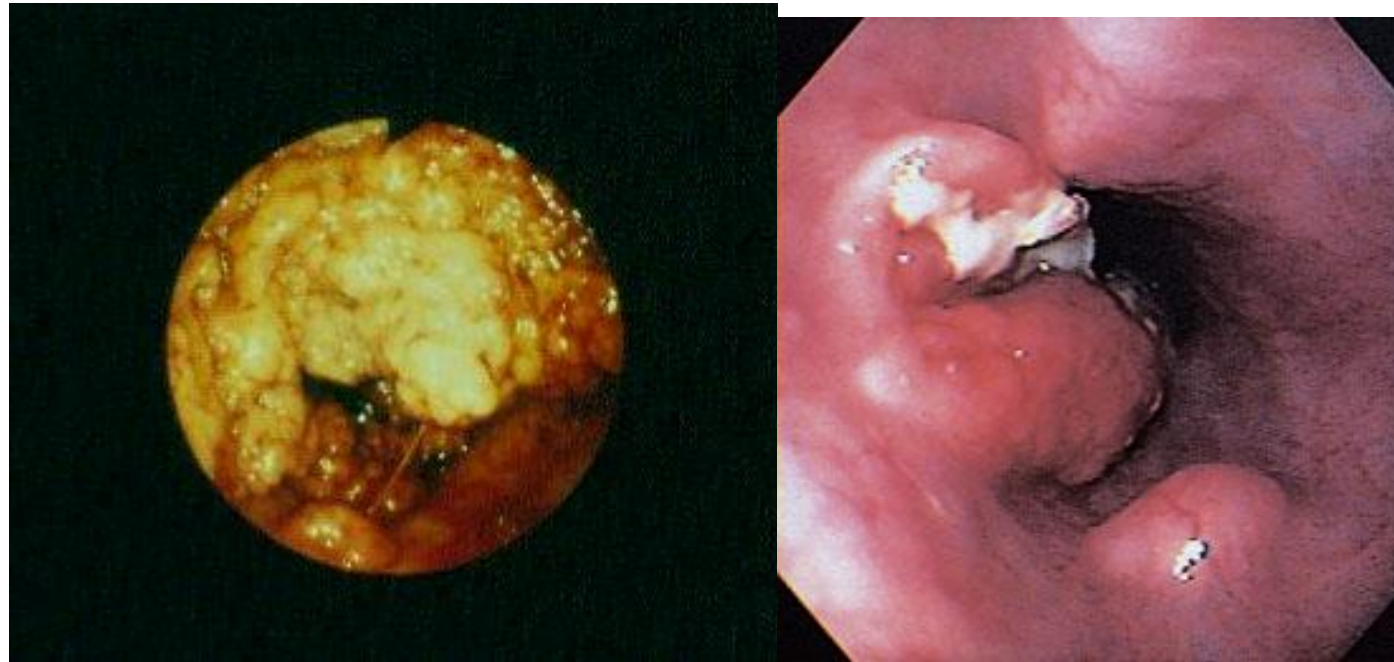
Divertículo Cricofaríngeo o de Zenker

Dolor Esofágico

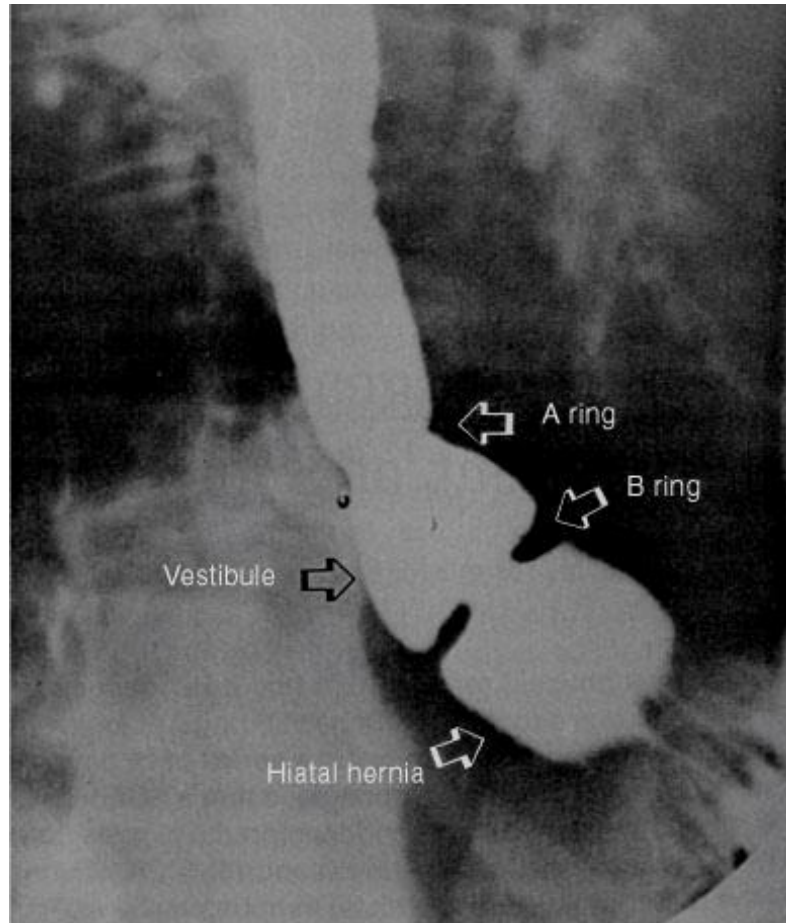
Odinofagia: Deglucion Dolorosa



Disfagia 2ª etapa

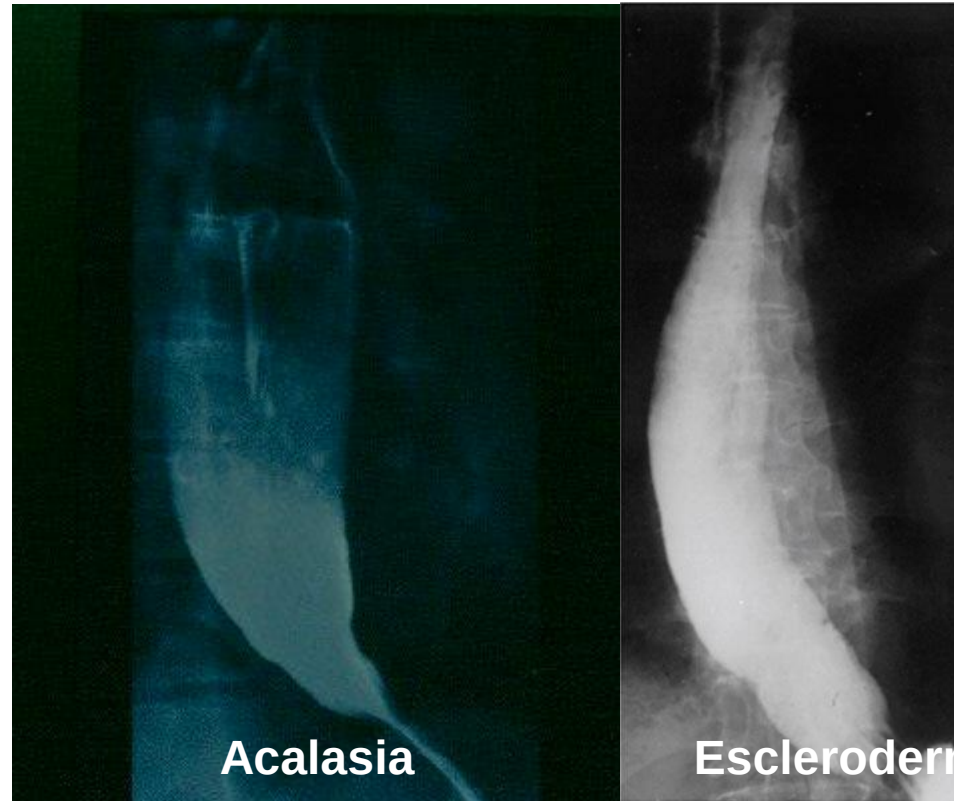


Disfagia orofaríngea, 2ª etapa

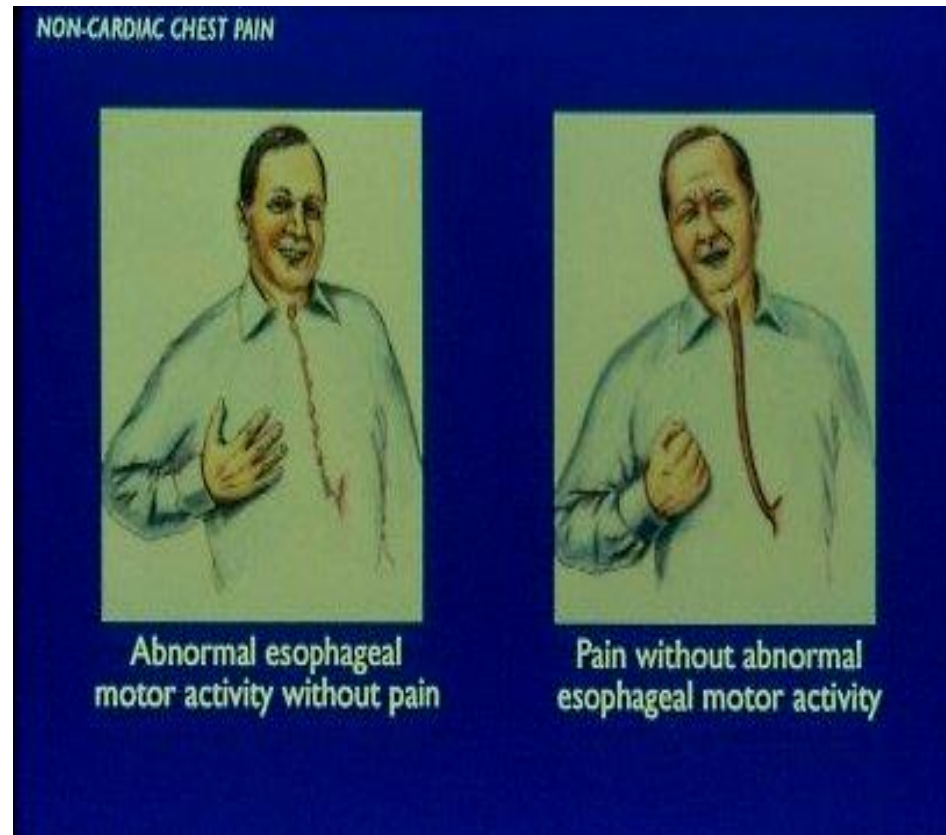


Atonía Esofágica

Disfagia: dificultad a la deglución



Dolor Torácico, dolor Esofágico



Acalasia (falla para relajarse)

- 1ª descripción, Sir Thomas Willis en 1674, cardioespasmo.
- 1937, Lendrum propone relajación incompleta del EEI.



Acalasia, fisiopatogenia

- Genético, HLA DQW 1. DQW 53 protector.
- Viral .
- Isquemia.
- Inmunológico.
- Idiopático.
- Disminución de las células ganglionares de Auberch.
- Incidencia, 0,4 a 0,6 /100.000 habitantes. Puede presentarse en cualquier edad pero la mayoría de los casos se encuentra entre 3ª y 5ª década , sin predilección por raza ni sexo..

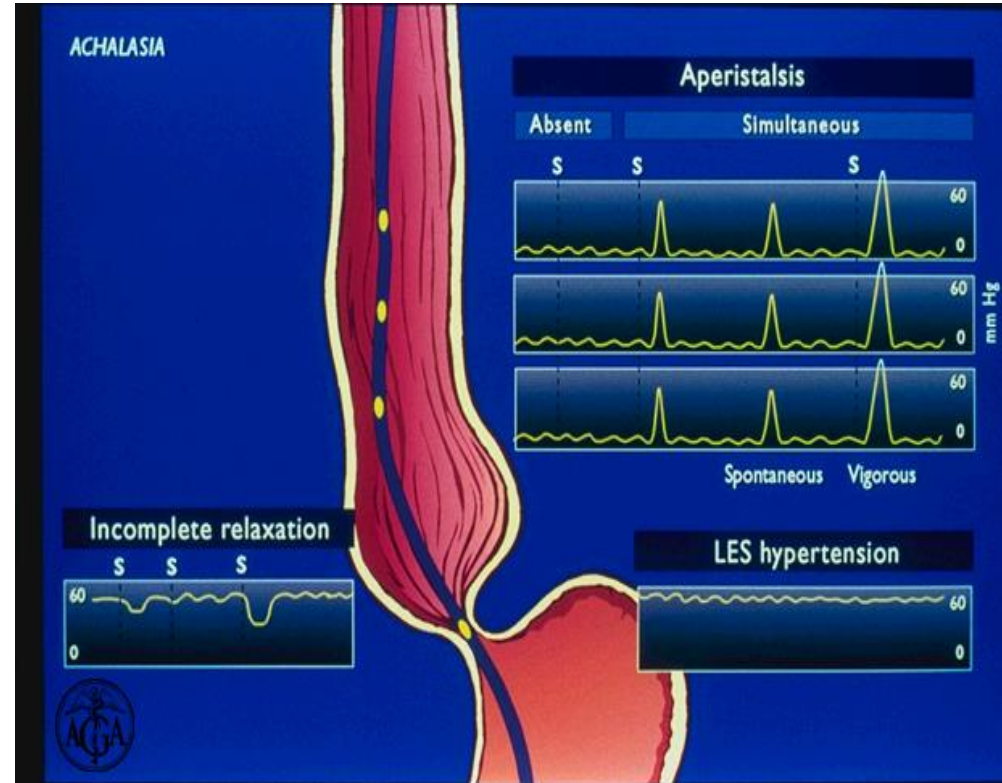
Cuadro clínico

- El síntoma fundamental es la disfagia, preferentemente a sólidos con grados variables de disfagia a líquidos; los pacientes suelen describir que su disfagia se exacerba con la ingestión de líquidos fríos y estrés emocional.
- El 60% de los pacientes presenta regurgitación de alimento no digerido.
- Un 30-50% de los pacientes se queja de dolor torácico retroesternal.
- Diagnóstico diferencial con los síndromes de pseudoacalasia, en neoplasias esofágicas o como parte de un Sd. Paraneoplásico. Personas mayores de 50 años, la pérdida de peso importante y la duración de la disfagia de pocos meses, son características del cáncer.

Manometría

Criterios diagnósticos

- Presión EEI, elevada (> 45 mm Hg)
- Relajación incompleta.
(presión residual > 8 mm Hg)
- Aperistálsis



TRATAMIENTO DE LA ACALASIA

- NO ES CURABLE
- EL TRATAMIENTO ES PALIATIVO

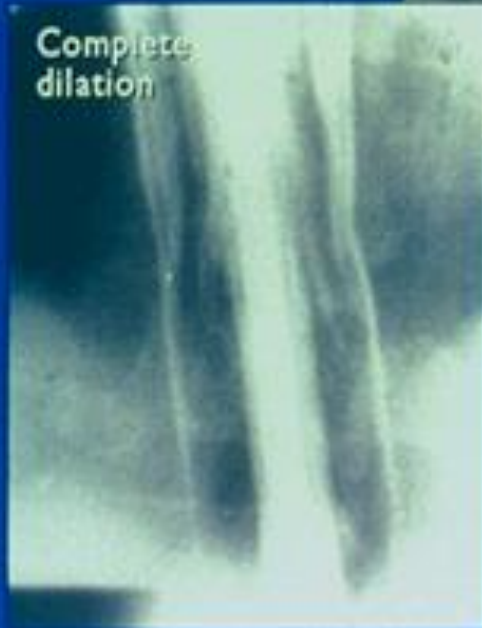
ACHALASIA

Treatments

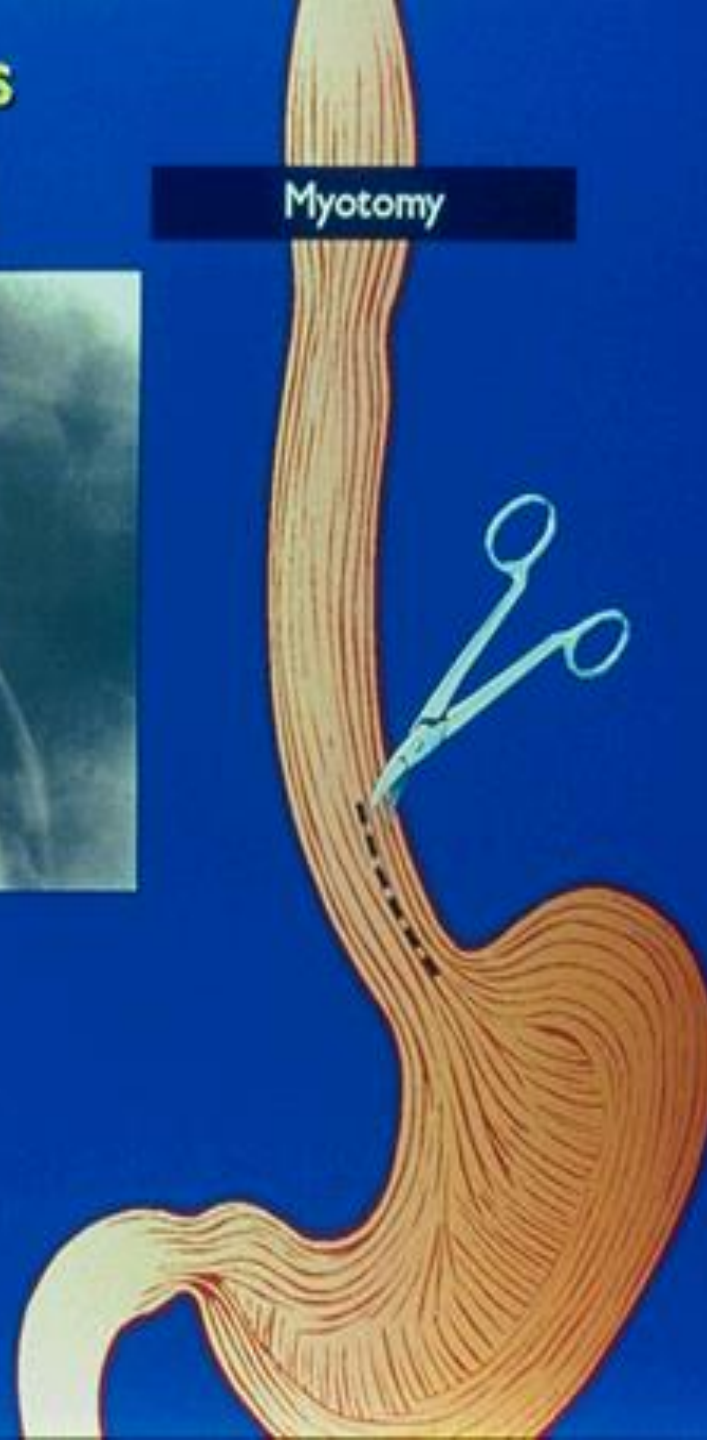
Drugs

Nitrates
 Ca^{++} channel blockers
Botulinum toxin injection

Pneumatic Dilation



Myotomy



Espasmo esofágico difuso

- Se trata de un trastorno neuromuscular que afecta al tercio caudal del esófago y se caracteriza por la presentación de crisis de fuertes contracciones simultáneas, no progresivas y dolorosas, acompañadas también de contracciones peristálticas.
- Patología: Existe hipertrofia muscular que afecta sobre todo a la capa circular , sin dilatación esofágica.
- Clínica: Crisis de disfagia dolorosa intermitente; el dolor es violento, retroesternal y se provoca por la ingestión de alimentos o líquidos fríos o muy calientes; puede simular una crisis de angor coronario, irradiándose al cuello, mandíbula y zona interescapular.

Diagnóstico

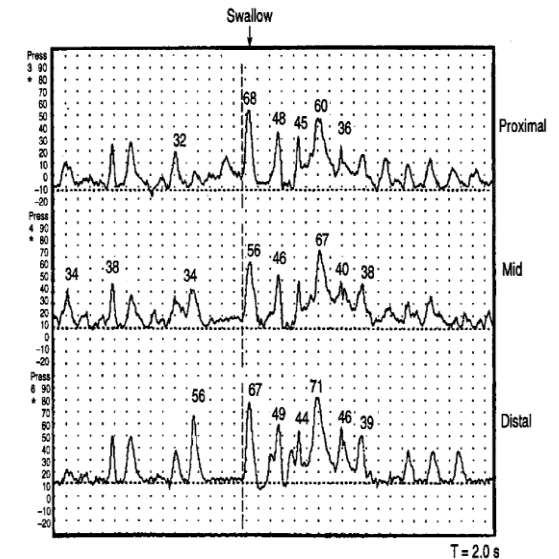
- La Radiología nos muestra una imagen del esófago en sacacorchos o rizado, incluso se forman saculaciones o haustras como en el colon que los radiólogos denominan Síndrome de Barsony-Teschendorf.

Descrito en 1889, Osgood, por radiología.
Manométricamente por Creamer y cols en 1958.



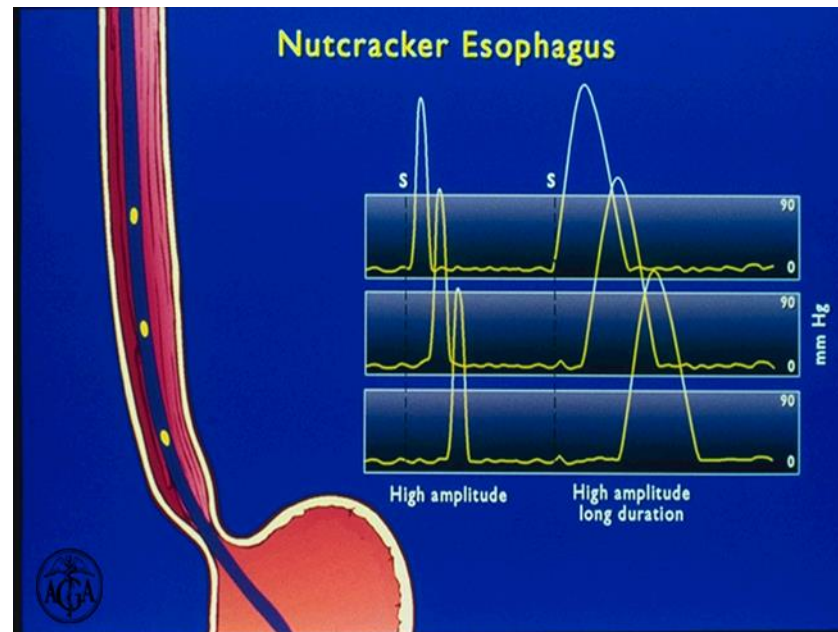
Manometría

- Contracciones simultáneas anormales.
- ($\geq 20\%$ degluciones húmedas)
- Peristálsis intermitentes.
- Contracciones repetitivas (≥ 3 picos)
- Duración prolongada (> 6 s)
- Contracciones retrógradas.
- Tratamiento: Se recomienda miotomía extramucosa longitudinal del esófago situado bajo el cayado aórtico que se suele hacer por toracotomía izquierda.



Esófago de cascanueces

- Descrito por brand y cols en 1977.
- Causa más frecuente de dolor torácico no cardíaco.
- Característica manometría, contracciones peristálticas con amplitud mayor de 180 mmHg.



Esfínter esofágico inferior hipertenso

- 3 % de los pacientes evaluados por dolor torácico no cardíaco.
- Presión basal mayor 40 mmHg.
- Relajación normal.
- Peristálsis normal.

Trastornos motores inespecíficos

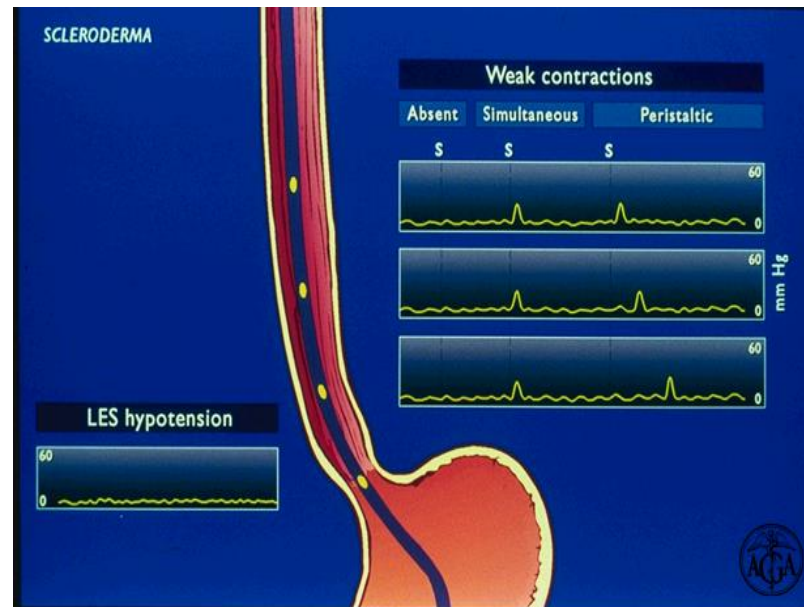
- Trastornos motores manométricos, pacientes sintomáticos, pero no encuadran dentro de los trastornos descritos.
- Peristálsis normal intermiente, asociada con:
 1. Contracciones no transmitidas.
 2. Prolongadas.
 3. De triple pico.
 4. Baja amplitud o aperistáslis con relajación completa del EEI.

Pseudoacalasia

- Descrita en 1947, por Ogilvie.
- Infiltración tumoral del esófago distal o del cardias, que imita a la acalasia.
- El más frecuente, el adenocarcinoma de estómago, el escamoso metastásico, células avendulares, mesotelioma pleural.
- Chagas.

Esclerosis sistémica progresiva

- Enfermedad sistémica que más frecuentemente produce dismotilidad esofágica.
- Compromete los 2/3 distales.
- EEI, infiltrado relajación incompleta y presión basal BAJA.



Diabetes mellitus

- Alteraciones manométricas y frecuentemente los pacientes asintomáticos.
- 50% de los pacientes diabéticos.
- Aumento de las contracciones espontáneas, repetitivas.
- Disminución del EEI.
- Disminución de la amplitud.
- Aumento de la duración.
- Lesión vagal, correlaciona con la neuropatía autonómica.



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

europeanjournalosteopathy.com