

# Achalasia en la infancia

GUERRERO VAZQUEZ, J.

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

Fecha de publicación: julio de 2008

La achalasia esofágica primaria es una rara enfermedad de origen desconocido que afecta a 1:100.0000 de la población general. Aproximadamente el 4 ó 5% de estos casos son niños. No tiene un carácter familiar y es más frecuente en los varones (6:1)

Conceptualmente el trastorno supone un fallo en la función del esfínter esofágico inferior asociado a una reducida motilidad del propio esófago. El resultado es una extrema dificultad para el paso de los alimentos a través de la unión esofagogástrica y ello en ausencia de estenosis orgánica o de compresión extrínseca.

## CLINICA

En el niño pequeño son habituales los vómitos o las regurgitaciones así como las neumonías recurrentes por aspiración. En tales casos no es raro el retraso en el diagnóstico al confundirse con un Reflujo gastroesofágico. Los niños mayorcitos pueden expresar una progresiva dificultad para tragar (inicialmente los sólidos y luego, también, los líquidos), vómitos inmediatos a las tomas de alimento sin digerir, molestias abdominales y, por supuesto, neumonías aspirativas de carácter recurrente.

## PATOGENIA

Desconocida habiéndose barajado diversas teorías:

1. Trastorno neurogénico primario con degeneración progresiva de las células mientéricas de plexo de Auerbach.

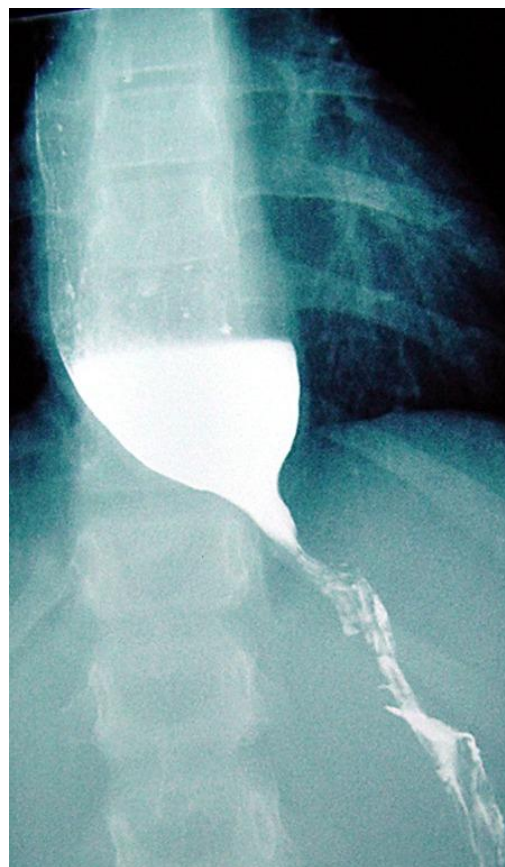
2. Deficiencia adquirida de las células del plexo mientérico secundario a una enfermedad de reflujo gastroesofágico, infección viral o enfermedad de Chagas (*Tripanosoma cruzi*).

• La teoría más ampliamente aceptada en la actualidad implica la existencia de un proceso

autoinmune, una enfermedad infecciosa o ambas circunstancias actuando simultánea o sucesivamente.

## METODOS DIAGNOSTICOS

• Esófagograma: Es característica la imagen en "pico de pájaro" en el tercio distal con una zona dilatada, proximal al estrechamiento, en la que pueden observarse contracciones terciarias del cuerpo esofágico junto con un nivel aire-fluido.



• Endoscopia. Permite la posibilidad de una patología asociada y muestra la incapacidad para franquear la zona.

• Manometría esofágica. Actualmente es el examen de elección para confirmar el diagnóstico de achalasia. Los hallazgos clásicos

son ausencia de peristalsis esofágica con un esfínter esofágico inferior normo o hipertónico incapaz de relajarse completamente en respuesta a la deglución.

- Los estudios de escintiligrafía y pH-metría pueden ser útiles para descartar un RGE asociado.

#### TRATAMIENTO

- Eminentemente quirúrgico
- Dilatación neumática
- Inyección intraesfinteriana de toxina botulínica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Burns AJ. Disorders of interstitial cells of Cajal. *J Pediatr Gastroenterol* 2007;45 Suppl 2:S103-6.
2. Elakkary E, Duffy A Roberts K, Bell R. Recent advances in the surgical treatment of achalasia and gastroesophageal reflux disease. *J Clin Gastroenterol* 2008;42:603-9.
3. Devouge E, Michaud L, Lamblin MD, Guimber D, Turk D, Gottrand F. Primary esophageal motor disorders in childhood, genuine achalasia excluded. *Arch Pediatr* 2002;9:664-7.
4. Fernández PM, Lucio AG, Pollachi F. Esophageal achalasia of unknown etiology in children. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:523-6.
5. Sawyer MAJ, Murphy TF. Achalasia. *Emedicine*, jun 22,2006