

NOTA CLÍNICA

Neumonías de repetición secundarias a acalasia

M. López Zubizarreta, S. Jodra Sánchez, M.Á. Hernández Mezquita, R. Cordovilla Pérez

Neumología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Rev Patol Respir. 2017; 20(3): 94-96

Resumen

La acalasia es una de las alteraciones de la motilidad esofágica que más frecuentemente causa disfagia. Es una enfermedad bastante infrecuente con una prevalencia de 0.5-1 por cada 100.000 habitantes en Estados Unidos. La presentación habitual suele ser la disfagia progresiva. Una proporción de estos pacientes con acalasia se pueden presentar incluso inicialmente con síntomas respiratorios que pueden dificultar el diagnóstico. Los síntomas respiratorios más frecuentes son tos, aspiraciones y disnea de esfuerzo aunque pueden presentar cuadros más graves, como neumonías y fallos ventilatorios fulminantes. En cuanto al tratamiento, existen diversas posibilidades, siendo las más utilizadas la miotomía de Heller y las dilataciones endoscópicas. Con la exposición de este caso clínico queremos poner de manifiesto la relación entre acalasia y patología respiratoria de manera que pueda ser más fácilmente detectada por los profesionales sanitarios, consiguiendo así un mejor tratamiento y control de la misma.

Palabras clave: Acalasia; Síntomas respiratorios; Miotomía de Heller; Dilatación endoscópica.

Abstract

Achalasia is the leading alteration of esophageal motility that causes dysphagia. It is a rather rare condition with a prevalence of 0.5-1 per 100 000 inhabitants in the United States. Its most common symptom is progressive dysphagia. Some patients with achalasia may even present with respiratory symptoms that make it difficult to reach a diagnosis. The most common respiratory symptoms are cough, aspiration and dyspnea on exertion, although they may also show more severe symptoms such as pneumonia and fulminant respiratory failure. With regard to its treatment, there are different possibilities, and the most common choice is Heller myotomy and endoscopic dilatation. With this clinical case we want to highlight the relation between achalasia and respiratory disease so that it can be easily detected by health professionals, thus achieving a better treatment and control of this condition.

Key words: Achalasia; Respiratory symptoms; Heller myotomy; Endoscopic dilatation.

Introducción

La acalasia es una de las alteraciones de la motilidad esofágica que más frecuentemente causa disfagia¹. Esta alteración motora de etiología desconocida afecta por igual a ambos géneros y a todas las edades. Es una enfermedad bastante infrecuente con una prevalencia de 0,5-1 por cada 100.000 habitantes en Estados Unidos. La presentación habitual suele ser la disfagia progresiva². Una proporción de estos pacientes con acalasia se pueden presentar incluso inicialmente con síntomas respiratorios que pueden dificultar el diagnóstico³. El tratamiento históricamente más realizado fue la miotomía de Heller y aún se utiliza en la actualidad, pudiéndose también usar las dilataciones con balón⁴. Presen-

tamos el caso de un paciente de 70 años con antecedentes de acalasia y múltiples episodios de neumonías bilaterales que consulta por un cuadro infeccioso con hemoptisis asociada.

Observación clínica

Acude a Urgencias un varón de 70 años, exfumador de 35 paquetes/año, hipertenso, fibrilación auricular con tratamiento anticoagulante, prótesis metálica aórtica por una endocarditis bacteriana y una acalasia con dilatación endoscópica en 2006 y 2008, desde entonces asintomático.

El paciente refiere fiebre y hemoptisis franca de tres días de evolución. En la radiografía de tórax, se evidencian conso-

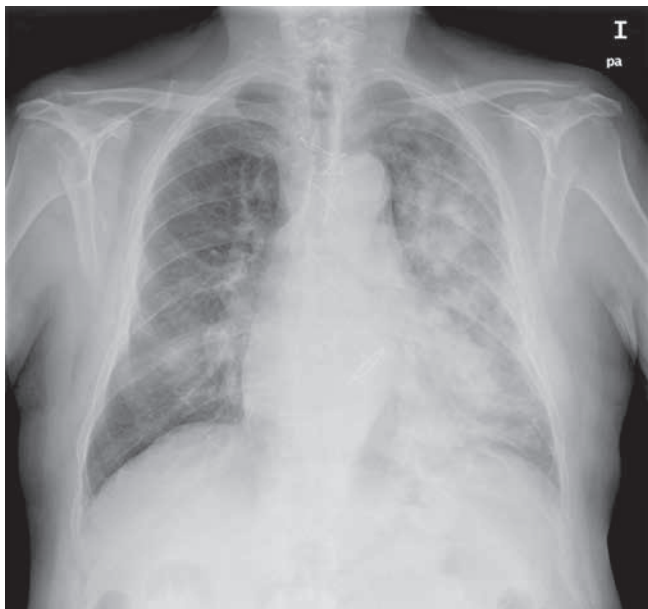


Figura 1. Consolidaciones parcheadas multifocales.

Consolidaciones bilaterales de predominio en hemitórax izquierdo (Fig. 1). Asumiendo el diagnóstico de neumonía, ingresa en planta de hospitalización. Revisando el historial del paciente, había ingresado hasta en dos ocasiones ese año por el mismo motivo y en las radiografías previas se objetivaban consolidaciones en distintas localizaciones pulmonares.

Dada la presencia de consolidaciones migratorias, decidimos ampliar el estudio mediante tomografía computarizada (TC) torácica, planteando otros posibles diagnósticos diferenciales, tales como neumonía organizada criptogénica, neumonía eosinófila y vasculitis. La TC evidenció dilatación de la luz esofágica en todo su trayecto (Fig. 2).

Interrogando al paciente, refirió la reaparición de disfagia y episodios ocasionales de atragantamientos en el último año. Dados los hallazgos clínico-radiológicos, asumimos el diagnóstico de neumonías aspirativas secundarias a acalasia y remitimos nuevamente al paciente al servicio de Digestivo.

El paciente acudió a su cita con Digestivo donde le solicitaron un tránsito gastroduodenal. Tras esto, no volvió a acudir a la consulta de Digestivo ni presentó cuadros neumónicos.

Discusión

En resumen, nos encontramos ante un paciente de edad avanzada con antecedentes de neumonías en probable relación con acalasia.

La acalasia (del griego "falta de relajación") es una enfermedad de etiología desconocida que afecta a la motilidad esofágica, provocando una pérdida del peristaltismo y un fallo en la relajación del esfínter esofágico inferior, principalmente durante la deglución⁵.

Habitualmente esta patología digestiva asocia síntomas respiratorios y hasta un 25% de los pacientes tiene sensación de material regurgitado, pudiendo resultar en neumonías aspirativas⁶.

La etiología por la que existe relación entre acalasia y los problemas respiratorios está relacionada fundamentalmente con las aspiraciones de repetición pero puede haber explicaciones alternativas como, por ejemplo, el "efecto masa" causado por un megaesófago que puede provocar compresión extrínseca de la vía aérea.

Los estudios más antiguos reportaban un porcentaje de alteraciones respiratorias en pacientes con acalasia de aproximadamente del 10%, pero actualmente está demostrado que la prevalencia es mucho mayor⁷.

Sinan y cols.⁶ evidenciaron un 40% de sintomatología respiratoria, siendo la afectación más frecuente la tos, luego la aspiración seguida de la ronquera, sibilancias, disnea de esfuerzo y la odinofagia. Los pacientes referían algún tipo de síntoma a diario. En aquellos pacientes a los que se les realizó miotomía de Heller (ruptura parcial de las fibras musculares de la parte inferior del esófago) la sintomatología respiratoria mejoró en prácticamente la totalidad de los casos. El grupo de Gupta y cols.³ encontró una prevalencia similar, aportando sobre el estudio pre-

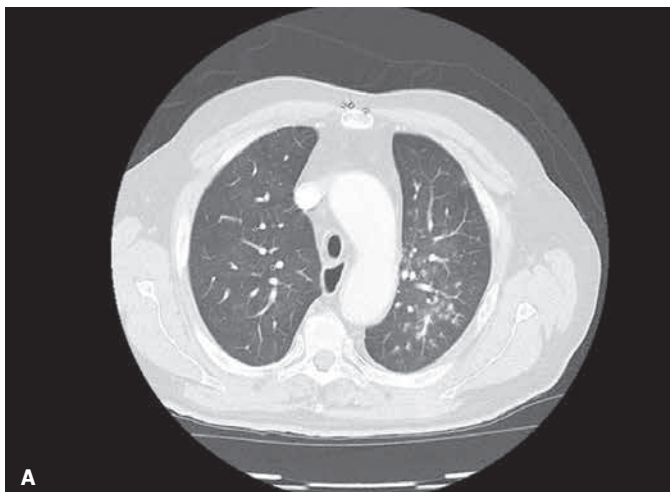


Figura 2. Infiltrado peribroncovascular y dilatación esofágica.

vio una valoración por el neumólogo y la realización de espirometría. El tratamiento realizado en este estudio fue la dilatación neumática y produjo una mejoría tanto en síntomas como en espirometría.

La acalasia y la patología respiratoria son fenómenos muy relacionados y más frecuentes de lo que se creía hasta hace poco tiempo. Actualmente, existen medidas terapéuticas que se han demostrado efectivas aunque se necesitan estudios más amplios para entender la relación entre ambos procesos y avanzar en las actitudes terapéuticas.

Bibliografía

1. Castell DO. Motor disorders of the esophagus. *N Engl J Med.* 1979; 301: 1124.
2. Pohl D, Tutuian R. Achalasia: an overview of diagnosis and treatment. *J Gastrointest Liver Dis.* 2007; 16: 297-303.
3. Gupta M, Ghoshal U, Jindal S, Misra A, Nath A, Saraswat V. Respiratory dysfunction is common in patients with achalasia and improves after pneumatic dilation. *Dig Dis Sci.* 2014; 59: 744-52.
4. Khandelwal S, Petersen R, Tatum R, Sinan H, Aaronson D, Mier F, et al. Improvement of respiratory symptoms following Heller myotomy for achalasia. *J Gastrointest Surg.* 2011; 15: 235-9.
5. O'Neill O, Johnston B, Coleman H. Achalasia: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. *World J Gastroenterol.* 2013; 19: 5806-12.
6. Sinan H, Tatum RP, Soares RV, Martin AV, Pellegrini CA, Oelschlager BK. Prevalence of respiratory symptoms in patients with achalasia. *Dis Esophagus.* 2011; 24: 224-8.
7. Howard P J, Maher L, Pryde A, Cameron E W, Heading R C. Five year prospective study of the incidence, clinical features, and diagnosis of achalasia in Edinburgh. *Gut.* 1992; 33: 1011-5.