

Dilatación endoscópica en paciente con acalasia durante el embarazo: reporte de caso y revisión de la literatura

Endoscopic dilatation in a patient with achalasia during pregnancy: case report and review of the literature

Fabian Lora Acuña¹, Viviana Parra Izquierdo², Carlos Espinosa³, Tatiana Ordoñez Blanco⁴, Gerardo Puentes Leal⁵, Valeria Costa Barney⁵, Paola Roa Ballestas⁵, Albis Hani de Ardila⁶

¹ Jefe de servicio Unidad de Gastroenterología, Hospital Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

² Gastroenteróloga, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

³ Gastroenterólogo, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

⁴ Internista, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

⁵ Gastroenteróloga, Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

⁶ Gastroenteróloga, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Recibido: 13.01.18

Aprobado: 12.11.18

RESUMEN

La acalasia en el embarazo es una condición infrecuente, pobremente conocida y su manejo no esta claramente definido. Las repercusiones sobre el estado nutricional de los pacientes con esta entidad son graves y en una gestante tienen implicaciones serias para el curso de la gestación, con riesgo elevado de restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino e incluso pérdida fetal; existen síntomas que pueden confundirse con hiperémesis gravídica retrasando el diagnóstico. Dentro de las opciones terapéuticas está el manejo médico, endoscópico e intervenciones quirúrgicas; para decidir cual es tratamiento adecuado se debe tener en cuenta la severidad, edad gestacional y condiciones de bienestar del binomio del paciente, dentro del espectro mencionado en el manejo se incluyen los calcioantagonistas y nitratos, estos con restricciones en el embarazo, además toxina botulínica, dilatación neumática endoscópica, miotomía laparoscópica de Heller y recientemente el POEM; estas últimas con riesgo elevado de complicaciones. En el embarazo existe poca evidencia en la literatura y alrededor de 40 casos reportados, algunos con complicaciones como pérdida fetal y muerte materna. Presentamos nuestra experiencia en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia de una mujer de 26 años de edad con diagnóstico de acalasia tipo 2 de novo durante el primer trimestre de gestación, cuadro clínico de disfagia severa asociado a desnutrición, a quien el manejo oportuno con soporte nutricional enteral con sonda nasogástrica para lograr repleción del índice de masa corporal (IMC) y luego de esto manejo endoscópico con dilatación con balón. Permitió llevar con éxito a término la gestación sin efectos adversos sobre la madre o el feto, con evolución adecuada y tolerancia a vía oral sin disfagia. Consideramos que es importante el soporte nutricional previo a la toma de conducta con este tipo paciente, además que el manejo endoscópico con dilatación puede ser seguro y efectivo a mediano plazo para el manejo de acalasia en embarazo.

Palabras clave: Acalasia; Gestación; Disfagia; Desnutrición (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Achalasia in pregnancy is an infrequent, poorly understood condition and its treatment is not clearly defined. The repercussions on the patients nutritional status are serious and in a pregnant woman have serious implications for the course of gestation, with high risk of intrauterine growth restriction, preterm delivery and even fetal loss; there are symptoms that can be confused with hyperemesis gravidarum delaying the diagnosis. The therapeutic options are medical treatment, endoscopic and surgical interventions; to decide what is the best treatment, we should be taken into account the severity, gestational age and patient conditions. Within the spectrum mentioned in the management include calcium antagonists and nitrates, however these have restrictions in pregnancy, another options are botulinum toxin, endoscopic pneumatic dilation, laparoscopic Heller myotomy and recently POEM. In pregnancy there is a few evidence in the literature and in this moment there are about 40 reported cases, some with complications such as fetal loss and maternal death. We present our experience at the San Ignacio University Hospital in Bogotá, Colombia, with a 26-year-old woman with a novo diagnosis of achalasia type II during the first trimester of pregnancy, with a clinical history of severe dysphagia associated with malnutrition. She was management with enteral nutrition support with nasogastric tube to achieve repletion of the body mass index (BMI) and after that, she had a endoscopic management with Rigidflex balloon dilation. It allowed to successfully carry out pregnancy without adverse effects on the mother or the fetus, with adequate evolution and oral tolerance without dysphagia. We consider that nutritional support is important prior to taking a decision with this type of patient, in addition that endoscopic management with balloon dilation can be safe and effective for the management of achalasia in pregnancy.

Keywords: Achalasia; Pregnancy; Deglutition disorders; Malnutrition (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La acalasia es un trastorno motor mayor esofágico caracterizado por peristalsis ausente con alteración en la relajación del esfínter esofágico inferior ⁽¹⁾.

La degeneración de las células ganglionares en el plexo mientérico del esófago compromete de forma significativa la motilidad esofágica en grados diversos de severidad ⁽²⁾. Es una condición poco frecuente con una incidencia de 0,4 – 1,1 /100 000 – año ⁽³⁾ y menos

Citar como: Lora Acuña F, Parra Izquierdo V, Espinosa C, Ordoñez Blanco T, Puentes Leal G, Costa Barney V, et al. Dilatación endoscópica en paciente con acalasia durante el embarazo: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Peru. 2019;39(1):70-3



Figura 1. Candidiasis esofágica y dilatación esofágica con UGE puntiforme.

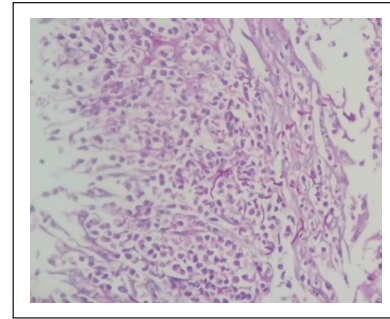


Figura 2. Esofagitis e hifas candidiasis.

aún en el escenario de la gestación, donde no existen guías de manejo para este grupo en especial.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de unapaciente femenina de 26 años, quien presenta cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia progresiva para solidos y líquidos, regurgitación diaria de alimentos, y pérdida de peso de 12 kilos, no refiere dolor torácico, náuseas, emesis o dolor abdominal. En valoración médica ambulatoria se solicita endoscopia de vías digestivas altas en la cual se evidencia resistencia al paso del equipo a nivel de unión gastroesofágica, además esofagograma con esófago de calibre normal con paso filiforme y restrictivo del medio de contraste por la unión gastroesofágica (Imagen en pico de ave), diagnosticándose acalasia y solicitan como plan de manejo la realización de miotomía de héliker, sin embargo dado que la paciente queda en estado de gravidez decide por voluntad propia diferir intervención.

Ingresa al servicio de ginecología del Hospital Universitario San Ignacio (Bogotá, Colombia) con embarazo de 8 semanas por afagia de 3 días de evolución asociado a múltiples episodios de regurgitación de contenido alimentario. Al examen físico de ingreso paciente con deshidratación grado II, taquicardia, sin dolor abdominal, desnutrición aguda severa (peso 45

kilos e IMC 15,5, albúmina de 2,9 gr/dl). Se realiza ecografía pélvica con viabilidad de embrión. El manejo inicial fue con cristaloides endovenosos y de trastorno hidroelectrolítico tipo hipokalemia leve, los cuales corrigieron.

En los estudios realizados se documentó anemia microcítica - hipocrómica (hemoglobina de 9,6 gr/dl) y endoscopia de vías digestivas altas con paso fácil por cricofaríngeo, esófago con mucosa tapizada en un 90% desde esófago medio por infiltrado blanquecino que no desprende al lavado ni contacto con el endoscopio, base de infiltrado mucosa congestiva y eritematosa, y en tercio distal esófago dilatado, con ligera resistencia del paso del equipo por Unión gastroesofágica, hallazgos compatibles con esofagitis por cándida (Figuras 1 y 2) y hallazgos que sugieren acalasia. Posteriormente se inició antimicótico para candidiasis esofágica con nistatina ante contraindicación para el uso de azoles en el embarazo.

La manometría esofágica de alta resolución fue compatible con acalasia tipo II (IRP 53 con 100% de ondas fallidas con 60% de panpresurización) (Figura 3).

Se realiza avance de sonda nasogástrica para nutrición enteral y grupo de soporte nutricional y metabólico inicia manejo de desnutrición aguda severa con meta calórica calculada: 1734 kcal/día, teniendo control

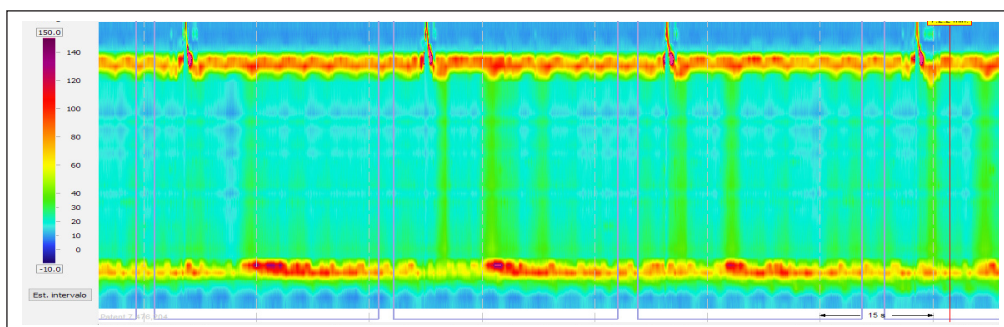


Figura 3. Manometría esofágica de alta resolución.

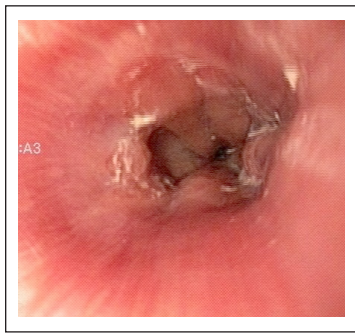


Figura 4. Previo a dilatación endoscópica, mejoría de candidiasis esofágica y proceso inflamatorio.

de ingesta aproximado de 350 kcal/día, por lo que estaba consumiendo solo el 20% del requerimiento. Se inició suplemento inmunomodulador polimerico (hiperproteico) adecuadamente tolerado por la paciente.

Se presenta paciente en junta médico quirúrgica con servicios de gastroenterología y ginecología- alto riesgo obstétrico considerando que se trata de paciente joven con acalasia tipo II en primer trimestre de gestación con importante compromiso nutricional, alto riesgo de pérdida del producto y como complicaciones perinatales bajo peso al nacer, parto pretérmino e infecciones por lo cual se beneficia de manejo quirúrgico (miotomía de Heller), sin embargo, teniendo en cuenta estado nutricional de la gestante, riesgos asociados a intervención quirúrgica, se considera que la mejor opción de manejo es la dilatación endoscópica de unión gastroesofágica pero en segundo o tercer trimestre. Se plantean opciones de manejo a paciente, riesgos y beneficios, quien acepta.

En el seguimiento, a los 4 meses posteriores, se identificó mejoría significativa de estado nutricional evidenciando aumento de peso de 10 kg (peso: 55kg).

Se realizó procedimiento con balón de acalasia Rigidflex® de 30 mm, sin complicaciones asociadas (Figuras 4 y 5), progresivamente se reinició la vía oral con tolerancia, hasta lograr suspender nutrición por sonda enteral llevando a meta calórica. El resto de gestación cursa sin complicaciones, resolución de anemia e hipoalbuminemia hasta término del embarazo con parto por cesárea y producto con peso adecuado para edad gestacional.

Seis meses posteriores al evento la paciente logra recuperar peso previo (peso 59 kilos IMC 23), con tolerancia adecuada a dieta normal, sin disfagia. Puede requerir manejo quirúrgico vs nuevas dilataciones en caso que presente disfagia por lo que esta en controles con gastroenterología.

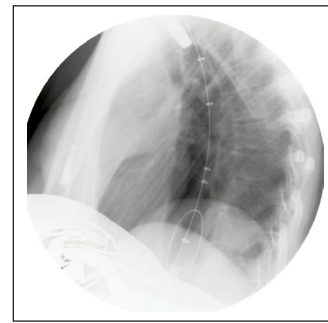


Figura 5. Dilatación. Radiografía con protección radiológica abdominal.

DISCUSIÓN

En el embarazo puede haber cambios fisiológicos sobre el esfínter esofágico inferior y estos producir síntomas que pueden confundirse por ejemplo con hiperemesis; retrasando el diagnostico probable de acalasia sin ser este el síntoma cardinal, lo que repercute sobre el bienestar del binomio materno-fetal ⁽⁴⁾.

El manejo de la acalasia en el embarazo no está claramente definido, es poco el conocimiento sobre el impacto de la misma en el curso de la gestación dado que es un trastorno poco común y la coexistencia con embarazo más aún ⁽⁵⁾.

Las series de casos reportadas en el mundo para el manejo de acalasia en embarazo son dicotómicas con aproximadamente 40 casos publicados ⁽⁶⁾. La serie de casos más grande publicada hasta el momento en la literatura médica fue realizada por Mayberry *et al.* con 20 pacientes en 1987 ⁽⁷⁾.

Dentro de las opciones terapéuticas existe un espectro de manejo médico e intervenciones quirúrgicas, de acuerdo a severidad, edad y condiciones de bienestar del binomio del paciente, estos manejos incluyen calcio antagonistas, nitratos, toxina botulínica, dilatación neumática endoscópica, miotomía laparoscópica de Heller y últimamente el POEM, los dos primeros con restricciones durante el embarazo ⁽⁵⁾.

Dentro de las intervenciones no quirúrgicas más eficaces y comparables con cirugía en cuanto desenlaces se encuentra la dilatación neumática endoscópica en manos expertas ⁽⁸⁾. A Russell se le atribuye la primera dilatación neumática en 1898 ⁽⁹⁾. Las tasas de recaída y morbilidad son comparables con la miotomía laparoscópica, no así con otros abordajes terapéuticos. La complicación más temida es la perforación esofágica cuando se realiza dilatación

neumática que está alrededor del 2% ^(10,11). Clemendor *et al.* en 1969 reportó por primera vez el éxito de dilatación neumática de acalasia en el embarazo ⁽¹²⁾.

Aunque se han reportado experiencias previas exitosas con toxina botulínica, pero preocupan los efectos sobre el feto ante el riesgo de teratogenicidad conocido, siendo su uso categoría C en el embarazo por la FDA ⁽¹³⁾. El abordaje con miotomía quirúrgica es más seguro en el período pos parto dado el riesgo anestésico conocido para la madre con posibilidad incluso de pérdida fetal, aunque Palanivelu *et al.* describió el manejo exitoso de la acalasia con miotomía laparoscópica de Heller ⁽¹⁴⁾.

Entonces, el panorama de la acalasia en la paciente gestante continúa dejando una brecha de conocimiento por abordar, donde el manejo de soporte nutricional constituye un pilar fundamental, siendo la nutrición por vía enteral de elección en aquellas pacientes con bajo peso ⁽⁵⁾.

La acalasia en nuestra gestante produjo una desnutrición severa en el primer trimestre de embarazo con un riesgo elevado de pérdida fetal, sumado a los riesgos propios de la intervención tales como perforación esofágica favorecida entre otros por la presencia concomitante de candidiasis esofágica, sin embargo, el diagnóstico manométrico y la dilatación endoscópica oportuna propició desenlaces favorables evitando parto pretérmino y retardo del crecimiento intrauterino.

Actualmente la paciente tolera nutrición completa, sin recurrencia de disfagia, sin requerir nuevas dilataciones sin embargo continúa controles periódicos por parte de gastroenterología dado que la edad de la paciente y la intervención realizada le confiere riesgo elevado de recurrencia con eventual requerimiento de nuevas dilataciones vs manejo quirúrgico.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, Gyawali CP, Roman S, Smout AJPM, *et al.* The Chicago classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil.* 2015;27(2):160-74.
2. Moawad FJ, Wong RK. Modern management of achalasia. *Curr Opin Gastroenterol.* 2010;26(4):384-8.
3. Podas T, Eaden J, Mayberry M, Mayberry J. Achalasia: a critical review of epidemiological studies ACHALASIA. *Am J Gastroenterol.* 1998;93(12):2345-7.
4. Ohno Y, Kawai M, Shibata Y, Arii Y. Esophageal achalasia in pregnancy. *Amer J Perinatol.* 2000;17(1):53-5.
5. Khudyak V, Lysy J, Mankuta D. Achalasia in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61(3):207-11.
6. Spiliopoulos D, Spiliopoulos M, Awala A. Esophageal achalasia: an uncommon complication during pregnancy treated conservatively. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2013;2013:639698.
7. Mayberry JF, Atkinson M. Achalasia and pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1987;94(9):855-9.
8. Boeckxstaens GE, Annese V, des Varannes SB, Chaussade S, Costantini M, Cuttitta A, *et al.* Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia. *N Engl J Med.* 2011;364(19):1807-16.
9. Cash BD, Wong RK. Historical perspective of achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2001;11(2):221-34.
10. Campos GM, Vittinghoff E, Rabl C, Takata M, Gadenstätter M, Lin F, Ciovica R. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2009;249(1):45-57.
11. Lake JM, Wong RK. Review article: the management of achalasia - a comparison of different treatment modalities. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24(6):909-18.
12. Clemendor A, Sall S, Harbilas E. Achalasia and nutritional deficiency during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1969;33(1):206-13.
13. Wataganara T, Leelakusolvong S, Sunsanevithayakul P, Vantanasir C. Treatment of severe achalasia during pregnancy with esophagoscopy injection of botulinum toxin A: a case report. *J Perinatol.* 2009;29(9):637-9.
14. Palanivelu C, Rangarajan M, Maheshkumar GS, and Parthasarathi R. Laparoscopic Heller's cardiomyotomy for achalasia of the cardia in a pregnant patient. *Ann Acad Med Singapore.* 2008;37(5):442-3.

Correspondencia:

Viviana Parra Izquierdo

Dirección: Avenida Circunvalar número 61-05 apartamento 1805 torre 1 Edificio Sierras del Este. Bogotá, Colombia

Teléfono: (+57) 3188010272

Email: vivipaz16@hotmail.com