



Desórdenes motores del esófago. Experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogotá

Luego de leer el interesante trabajo publicado por Ramírez y cols (1) sobre desórdenes motores esofágicos, consideramos pertinente realizar algunas aclaraciones que contribuirán a definir más específicamente dichas alteraciones.

La perfusión de ácido (Bernstein) es una prueba utilizada para valorar la sensibilidad del esófago al ácido (2), y su interpretación como positiva o negativa se basa en la reproducción o no de los síntomas durante la infusión y no a su asociación con alteraciones motoras durante el estudio. El dolor que se produce durante la infusión de ácido y que cede con la de solución salina pero reaparece con el ácido, es considerado como prueba positiva mas no inespecífica.

Es difícil durante el estudio manométrico encontrar asociación del trastorno de motilidad con dolor; de hecho en nuestro trabajo (3) no la establecimos. Sin embargo, con la prueba de perfusión de ácido se provocó dolor en 21 (32.8%) de los pacientes de los cuales 11 tenían manometría basal normal; y sólo se provocó dolor en un control asintomático; ésto permite afirmar que la hipersensibilidad a un estímulo esofágico es generalmente encontrada en pacientes con dolor torácico de origen esofágico y que la hipersensibilidad a un estímulo es un criterio para el diagnóstico (4-8).

Si bien es cierto que cuatro hallazgos manométricos son característicos de acalasia (ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico, relajación incompleta o ausente del esfínter esofágico inferior (EEI), presión elevada del EEI y aumento de la presión intraesofágica en relación con la línea de base gástrica), solamente la ausencia de peristaltismo es un requisito absoluto para el diagnóstico (9); la relajación incompleta del EEI es frecuentemente encontrada, pero puede estar ausente, principalmente en casos de acalasia temprana.

La manometría no es usualmente necesaria para el seguimiento de pacientes con acalasia que han recibido cualquier tipo de tratamiento; en ella puede encontrarse disminución de la presión del EEI, hallazgo que predispone al reflujo, pero en la mayoría de los casos la relajación continúa siendo incompleta, sin ser inusual que sea completa como respuesta a la deglución de agua. En la mayoría de los casos el peristaltismo no se restablece; sin embargo, pocos casos (10-12) han demostrado lo contrario, y es por todo eso que no debe concluirse que estos hallazgos indican que la miotomía incompleta es la causa de la disfagia, síntoma principal de la enfermedad.

Por último, el esófago en cascanueces aparece claramente como la principal alteración motora primaria asociada a dolor torácico en la mayoría de los estudios, no así en el nues-

tro (3), donde predominó el espasmo esofágico difuso (69.4%), entidad poco frecuente en el trabajo de Ramírez y cols (1).

Dres. Jaime Alvarado Bestene, Albis Hani de Ardila y Alberto Rodríguez Varón. Departamento de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología. Hospital de San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana.

REFERENCIAS

1. Ramírez JC, Gutiérrez O, Vanegas S. Desórdenes motores esofágicos. Experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Act Med Col* 1994; **19**: 351-357.
2. Bernstein LM, Baker LA. A clinical test for esophagitis. *Gastroenterology* 1958; **34**: 760-781.
3. Hani AC, Alvarado J, Archila PE, Rodríguez A. Evaluación del dolor torácico no cardíaco en pacientes con arteriografía coronaria normal. *RCC* 1994; **4**(4): 153-163.
4. Richter J, Bradley L, Castell DO. Esophageal chest pain: Current controversies in pathogenesis, diagnosis and therapy. *Ann Intern Med* 1989; **110**: 66-78.
5. Richter JE, Castell DO. Esophageal Disease as a cause of noncardiac chest pain. *Adv Intern Med*, 1988; **33**: 311-336.
6. Cohen S. Noncardiac Chest Pain. The Crumbling of the Sphinx. *Dig Dis Sci* 1989; **34**: 1649-1650.
7. Vantrappen G, Janssens J. What is irritable esophagus? Another point of view. *Gastroenterology* 1988; **94**: 1092-1094.
8. Nostrant T. Provocation testing in noncardiac chest pain. *Am J Med* 1992; May (92) Suppl 5A; 56-64.
9. Troshinsky MB, Castell DO. Achalasia. In: Castell DO, Castell JA, eds. Esophageal motility testing. Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange; 1994: 109-121.
10. Mellow MH. Return of esophageal peristalsis in idiopathic achalasia. *Gastroenterology* 1976; **70**: 1148-1151.
11. Bianco A, Cagossi M, Scrimieri D, et al. Appearance of esophageal peristalsis in treated idiopathic achalasia. *Dig Dis Sci* 1986; **31**: 40-48.
12. Vantrappen G, Janssens J, Hellemans J, et al. Achalasia, diffuse esophageal spasm and related motility disorders. *Gastroenterology* 1979; **76**: 450-457.