

Imagen del mes

Alex Díaz M. y Claudia Defilippi G.

Image of the month

Paciente de sexo femenino, 60 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 100 mcg/día y lupus eritematoso sistémico sin tratamiento actual.

Consulta a gastroenterología debido a molestias caracterizadas por pirosis escasa, disfagia episódica a nivel de tercio medio del esófago tanto para sólidos como para líquidos, requiriendo consumo de agua para ayudar a desplazar los alimentos y al menos 4 episodios de intenso dolor torácico retroesternal de

carácter opresivo, que han motivado consultas en servicios de urgencia. Presenta un estudio cardiológico normal y una endoscopia digestiva alta que evidenció una esofagitis erosiva distal leve, la cual fue tratada con esomeprazol 40 mg al día.

Es derivada a nuestro laboratorio para la realización de una manometría esofágica de alta resolución (MAR) con el probable diagnóstico de espasmo esofágico difuso. Los hallazgos se presentan en las Figuras 1 y 2.

Laboratorio de Estudios Funcionales Digestivos, Sección de Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Recibido: 26 de mayo de 2014
Aceptado: 29 de mayo de 2014

Correspondencia a:
Dra. Claudia Defilippi G.
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago, Chile.
Tel.: [+56 2] 29788350.
deficlau@gmail.com

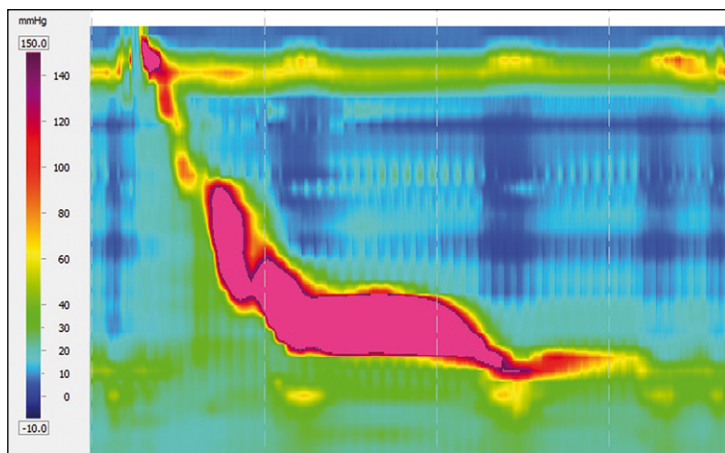


Figura 1.

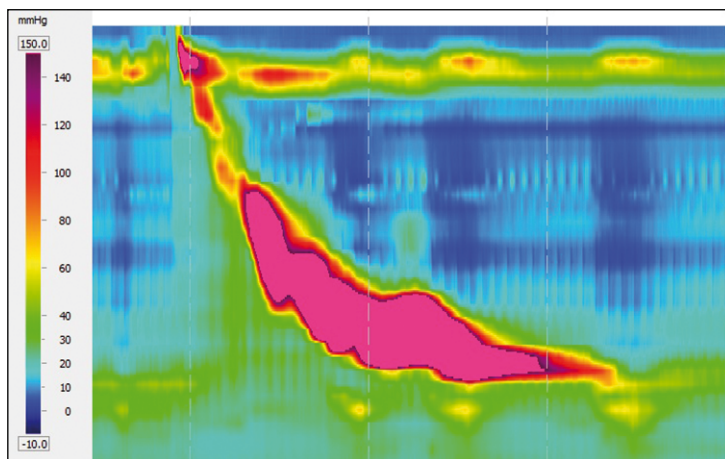


Figura 2.

¿Cuál es su diagnóstico?

Imágenes en Gastroenterología

Las imágenes corresponden a dos degluciones en las que se puede observar: una unión gastroesofágica con relajación completa, ondas peristálticas con latencia normal por lo que se descarta la presencia de un espasmo esofágico distal, ya que en tal caso, las ondas peristálticas serían de amplitud y duración aumentada. Todas las degluciones de la paciente presentaban características similares.

El análisis de la manometría mostró una unión gastroesofágica de amplitud mayor que lo normal: 59,4 mmHg (valor normal 13-43 mmHg), con relajación completa (IRP de 6,5 mmHg). El 100 % de las ondas fueron peristálticas con una integral contráctil distal promedio de 12.742 mmHg-cm-s (valor normal 500 a 5.000 mmHg-cm-s). Estos hallazgos son compatibles

con un nuevo trastorno motor definido a través de la manometría de alta resolución denominado **Jackhammer esophagus o esófago hipercontráctil**.

Comentario

La manometría esofágica de alta resolución ha entrado de lleno en la práctica clínica, desplazando a la antigua manometría convencional. Esta técnica se basa en la disminución del espaciamiento entre los sensores de presión del catéter de manometría cada 1 cm, lo que permite evaluar simultáneamente la función motora del esfínter esofágico superior, del cuerpo esofágico y de la unión gastroesofágica con cada una de las degluciones¹.

Dado la vasta información que se adquiere con estos sistemas, se ha creado una nueva forma de interpretar los datos denominada análisis topográfico de presiones. Los datos obtenidos se presentan en un mapa tridimensional o diagrama espaciotemporal asignando colores a niveles específicos de presiones (colores fríos presiones bajas, colores cálidos presiones altas) considerando además, las variables tiempo y posición del sensor¹.

Dentro de diferentes nuevas mediciones que implica esta técnica, se ha desarrollado una herramienta denominada integral contráctil distal (*distal contractile integral-DCI*), usada para medir el vigor o fuerza de la contracción peristáltica del músculo liso esofágico. A diferencia de la manometría convencional que utiliza la amplitud de la contracción para este propósito, esta medida integra la presión, la distancia y el tiempo a lo largo del esófago. Su valor normal va entre 500 y 5.000 mmHg-cm-s².

Una contracción esofágica se considera hipercontráctil cuando el *DCI* o integral de contracción distal es > 8.000 mmHg-cm-s en el contexto de una propagación o latencia normal. Este patrón representa un fenotipo extremo no observado en sujetos controles. Las contracciones hipercontráctiles pueden ser subclasificadas en contracciones de uno o de varios *peaks* y pueden ocurrir en el contexto de una relajación normal o anormal de la unión esofago-gástrica³.

La paciente presentada en este artículo tenía 100% de degluciones hipercontráctiles, para poder dimensionarlo mejor se presentan a continuación las imágenes de una deglución normal y la de nuestra paciente.

Con el advenimiento de la manometría esofágica de alta resolución se ha desarrollado una nueva clasificación de los trastornos motores, denominada Clasificación de Chicago.

En esta nueva clasificación se define como *Jackhammer esophagus* o esófago hipercontráctil a la presencia de al menos una contracción hipercontráctil ($DCI > 8.000$ mmHg-cm-s) en el contexto de una rela-

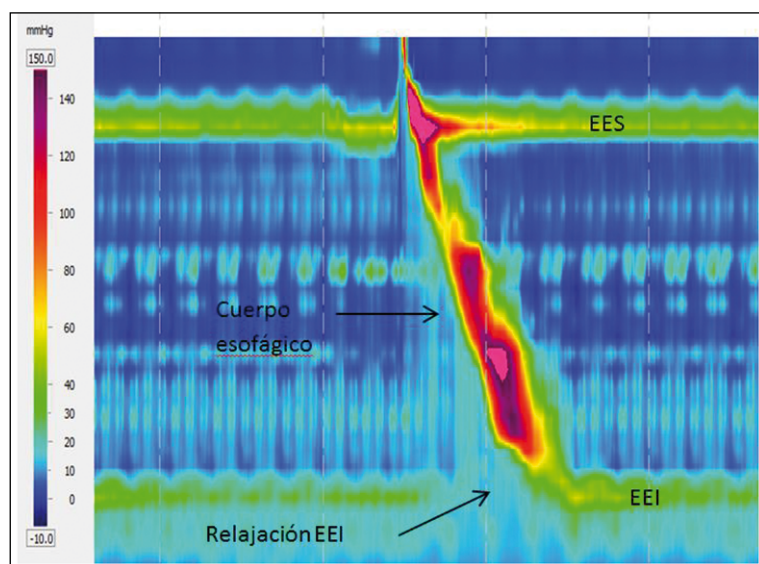


Figura 3. Deglución normal.

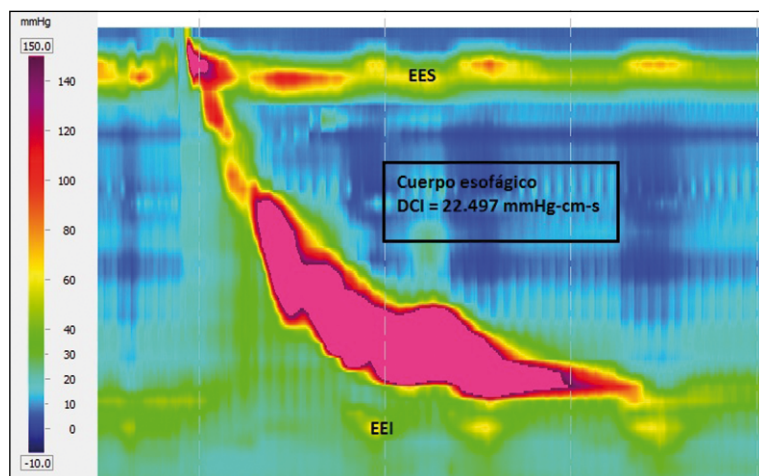


Figura 4. Contracción hipercontráctil.

jación de la unión esofago-gástrica normal⁴.

Este trastorno motor es bastante infrecuente, 4,1% en una serie de 2.000 pacientes⁵. Dentro de sus características es que está constantemente asociado a síntomas, entre ellos, disfagia, reflujo y dolor torácico, como los que presentaba la paciente.

Su fisiopatología no está completamente aclarada, pero se ha propuesto la presencia de un incremento

de la estimulación colinérgica, con asincronía entre las contracciones de las capas musculares circular y longitudinal del esófago⁶.

En cuanto a su terapéutica se ha planteado el uso de relajantes musculares y/o fármacos moduladores del dolor visceral, aunque en pacientes refractarios a terapia médica se han utilizado terapias similares a las recomendadas para acalasia⁶.

Referencias

- 1.- Conklin J. Evaluation of Esophageal Motor Function With High-Resolution Manometry. *J Neurogastroenterol Motil* 2013; 19: 281-94.
- 2.- Carlson D, Pandolfino J. High-Resolution Manometry and Esophageal Pressure Topography. Filling the Gaps of Convention Manometry. *Gastroenterol Clin North Am* 2013; 42: 1-15.
- 3.- Roman S, Tutuian R. Esophageal hypertensive peristaltic disorders. *Neurogastroenterol Motil* 2012; 24 (Suppl. 1): 32-9.
- 4.- Bredenoord A, Fox M, Kahrilas P, Pandolfino J, Schwizer W, Smout J, et al. Chicago classification criteria of esophageal motility disorders defined in high resolution esophageal pressure topography. *Neurogastroenterol Motil* 2012; 24 (Suppl. 1): 57-65.
- 5.- Roman S, Pandolfino J, Chen J, Boris L, Luger D, Kahrilas PJ. Phenotypes and clinical context of hypercontractility in high-resolution esophageal pressure topography (EPT). *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 37-45.
- 6.- Roman S, Kahrilas P. Management of spastic disorders of the esophagus. *Gastroenterol Clin North Am* 2013; 42: 27-43.