

## Disfagia persistente en una niña de 9 años

M. González López, R. Maese Heredia, C. Sierra Salinas, L. del Río Mapelli y A. Barco Gálvez

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Materno-Infantil de Málaga. España.

### CASO CLÍNICO

Niña de 9 años de edad que consulta en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Materno-Infantil de Málaga por presentar dolor torácico retroesternal en un punto fijo, de aproximadamente 11 meses de evolución, sin relación con las comidas. En los últimos 4 meses comienza con disfagia a sólidos y parcialmente a líquidos que persiste, asociándose en la última semana respiración ruidosa mientras duerme. No existen antecedentes personales ni familiares de interés. La exploración física es rigurosamente normal con un peso y una talla

adecuados a su edad. Entre las pruebas complementarias se realiza un tránsito esofagogastroduodenal en el que se evidencia un esófago discretamente dilatado y llama la atención la ausencia de relajación del cardias (fig. 1), existe paso de contraste al estómago aunque persiste en esófago al final del estudio (fig. 2).

### PREGUNTAS

1. Con los datos presentados, ¿cree que puede realizar un diagnóstico certero?
2. ¿Realizaría alguna otra prueba complementaria?



**Figura 1.** Tránsito esofagogastroduodenal que muestra imagen en punta del cardias.



**Figura 2.** Tránsito esofagogastroduodenal en el que se evidencia contraste en esófago al final del estudio.

**Correspondencia:** Dra. M. González López.  
Carril del Capitán, 21, bloque 11, bajo B. 29010 Málaga. España.  
Correo electrónico: mayo1601@hotmail.com

Recibido en enero de 2003.  
Aceptado para su publicación en mayo de 2003.

## COMENTARIOS

Con los datos presentados se sospecha una acalasia y decide realizarse una endoscopia digestiva superior en la que se evidencia un esófago de calibre normal o discretamente dilatado con acumulación de secreciones en un tercio inferior y el cardias parcialmente abierto sin buena respuesta a la insuflación de aire.

Para confirmar el diagnóstico se realiza manometría esofágica en la que se encontró ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior con ausencia de peristaltismo esofágico, compatible con acalasia.

Posteriormente se procedió a su corrección quirúrgica mediante laparoscopia, realizándose miocardiectomía de Heller con técnica antirreflujo (tipo Gavrilu). La evolución posterior ha sido buena, con remisión de la sintomatología y comprobándose en tránsito esofagogastro-duodenal realizado de control una mayor relajación del esófago distal y un paso adecuado de contraste a estómago con desaparición de la imagen en punta de flauta del cardias.

La acalasia es un trastorno neuromuscular del esófago caracterizado por hipertensión del esfínter esofágico inferior y dilatación del esófago. No se da con mucha frecuencia en la población general y todavía es más raro en niños<sup>1</sup> (sólo el 2-3% de los pacientes con acalasia son menores de 18 años). Sin embargo, aunque sea poco frecuente, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en niños con disfagia persistente, infecciones respiratorias recurrentes y vómitos, incluyendo niños tratados por sospecha clínica de reflujo gastroesofágico (RGE). El

hallazgo radiológico característico es un esófago aperistáltico, dilatado y cónico distalmente. El diagnóstico se puede confirmar mediante manometría esofágica que muestra un incremento de la presión del esfínter esofágico inferior con relajación incompleta o ausente al tragar. La ausencia de peristaltismo esofágico está presente en la mayoría de los casos<sup>2</sup>. Se debe realizar una endoscopia para descartar otras causas de disfunción esofágica. La modalidad de tratamiento más indicada en niños es la miotomía quirúrgica, siendo de elección la esofagomiectomía de Heller modificada laparoscópica<sup>3</sup>. Las dos complicaciones más importantes que pueden desarrollarse son la persistencia o recidiva de los síntomas y el RGE. La necesidad de realizar simultáneamente a la miotomía una técnica antirreflujo continúa siendo controvertida<sup>4,5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mayberry JF, Mayell MJ. Epidemiological study of achalasia in children. *Gut* 1988;29:90-3.
2. Chelimsky G, Hupertz V, Blanchard T. Manometric progression of achalasia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;31:303-6.
3. Karnak I, Senocak ME, Tanyel FC, Buyukpamukcu N. Achalasia in childhood: Surgical treatment and outcome. *Eur J Pediatr Surg* 2001;11:223-9.
4. Rothenberg SS, Partrick DA, Bealer JF, Chang JH. Evaluation of minimally invasive approaches to achalasia in children. *J Pediatr Surg* 2001;36:808-10.
5. Patti MG, Albanese CT, Holcomb GW 3rd, Molena D, Fisichella PM, Perretta S, et al. Laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication for esophageal achalasia in children. *J Pediatr Surg* 2001;36:1248-51.