

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ACALASIA EN ADULTOS

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-768-15

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DIF
Nacional

PEMEX



Avenida Paseo de la Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2015

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y tratamiento de la acalasia en adultos**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

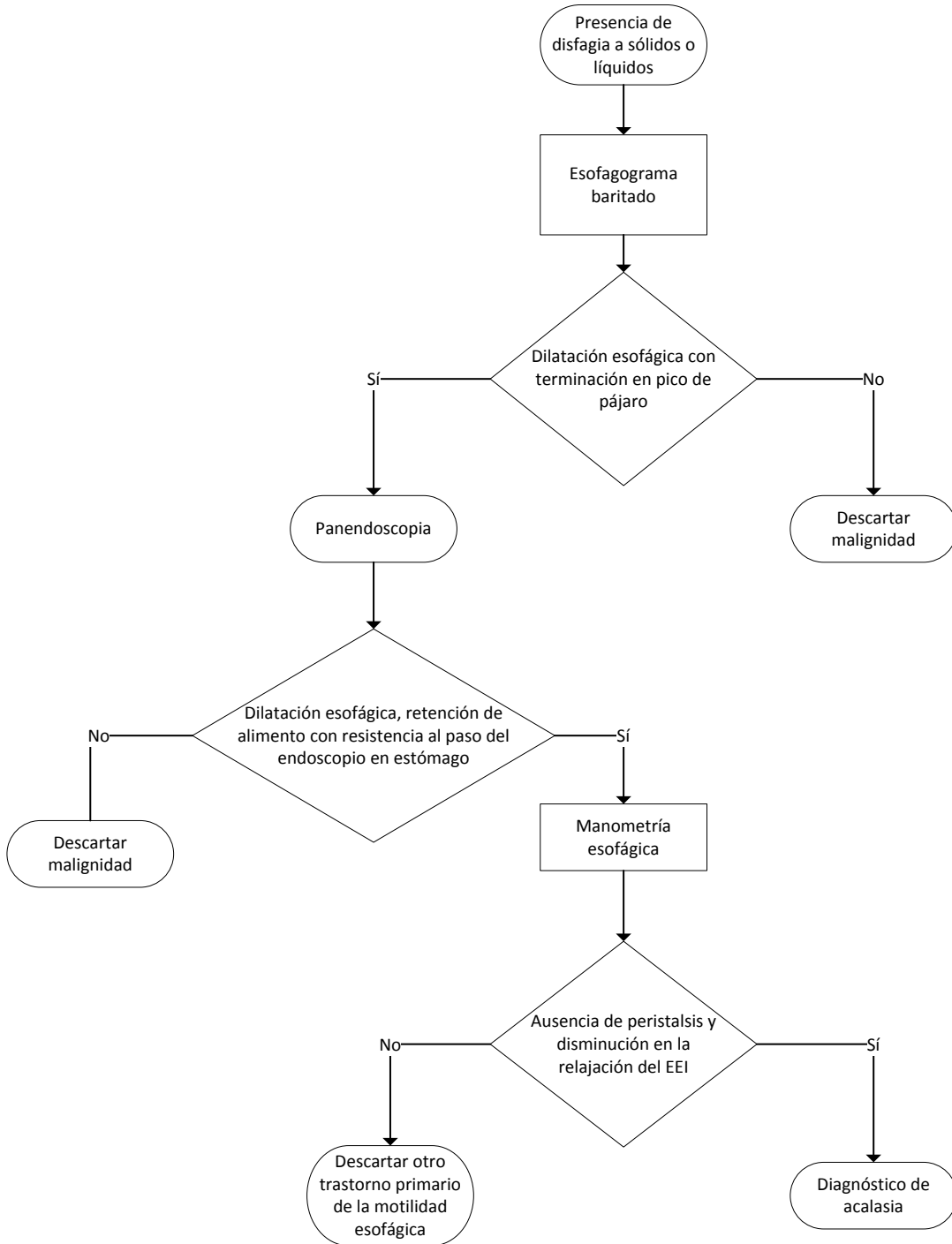
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de la acalasia en adultos**. Guía de referencia rápida: Guía de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2015. [Accesado: xx/xx/xxxx]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

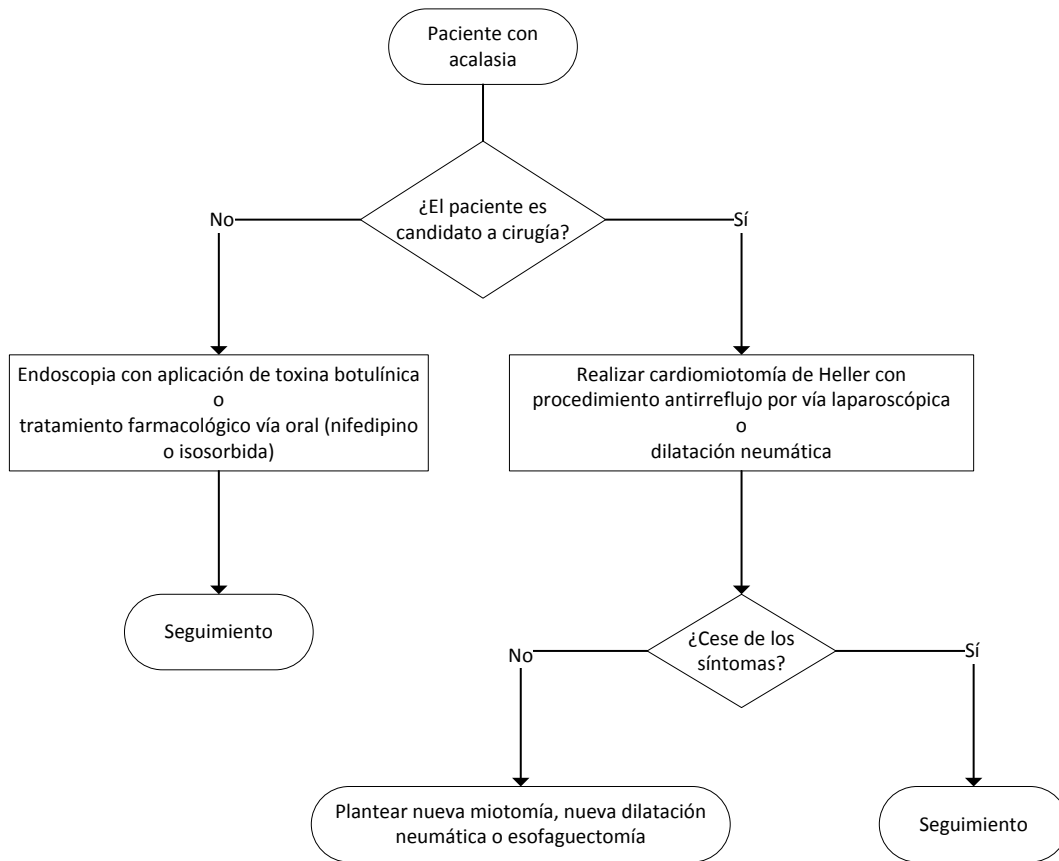
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

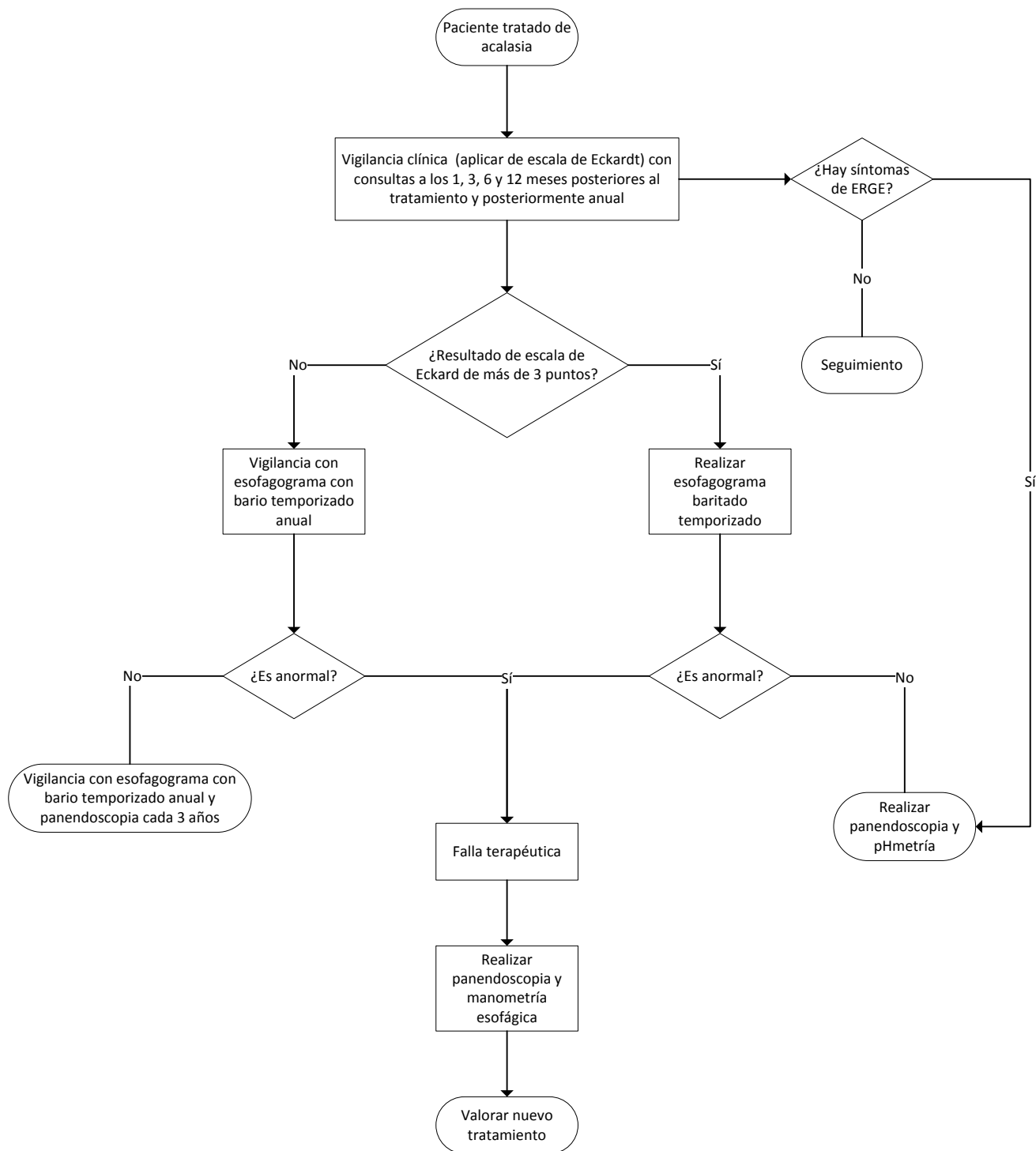
Protocolo de diagnóstico



Protocolo de tratamiento



Protocolo de seguimiento y falla terapéutica



2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se debe descartar acalasia en todo paciente con disfagia a sólidos, líquidos o ambos, o con hallazgos endoscópicos de retención de saliva, líquidos o alimentos en el esófago, sin obstrucción mecánica, como estenosis o tumoración, así como en pacientes con cuadro de reflujo gastroesofágico con regurgitación, que no responden a la terapéutica apropiada con IBP..	FUERTE
Se recomienda realizar primero esofagograma baritado, posteriormente endoscopia y siempre debe confirmarse el diagnóstico de acalasia con manometría esofágica, para tener una valoración integral (anatómica, morfológica y funcional) del esófago.	FUERTE
Todo paciente candidato a tratamiento quirúrgico debe tener estudio manométrico preoperatorio, excepto en casos en los que no sea posible la realización del estudio por deformidad anatómica.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

CRITERIOS DE REFERENCIA

Recomendación Clave	GR*
Todo paciente con disfagia debe referirse a unidades de segundo nivel de atención para protocolo de estudio supervisado por un médico especialista en gastroenterología, endoscopia, o cirugía general.	PUNTO DE BUENA PRACTICA
Cuando ya exista diagnóstico de acalasia, debe referirse a centros de concentración con experiencia en el manejo multidisciplinario (radiológico, endoscópico y quirúrgico) de esta patología.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Se sugiere tratamiento médico farmacológico oral en pacientes que no son candidatos a tratamiento quirúrgico o endoscópico y en aquellos que no aceptan otras modalidades de tratamiento.	DÉBIL

Se recomienda la aplicación endoscópica de toxina botulínica en pacientes que no son candidatos a dilatación neumática (DN) o miotomía quirúrgica.	FUERTE
Se recomienda la dilatación neumática graduada (DNG) en pacientes en quienes no está contraindicada la cirugía, pero tienen un riesgo quirúrgico alto, en los pacientes de edad avanzada o que no desean tratamiento quirúrgico electivo.	FUERTE
Se recomienda la miotomía laparoscópica como tratamiento inicial en pacientes con acalasia.	FUERTE
Se recomienda realizar miotomía de por lo menos 6 cm en la porción esofágica y extenderse otros 2 cm hacia el estómago.	FUERTE
Se recomienda realizar un procedimiento antirreflujo concomitante de tipo funduplicatura parcial y en los casos en los que se considere necesario realizar plastia hiatal, verificando que no quede apretada para que no produzca disfagia.	FUERTE
Se sugiere realizar endoscopia transoperatoria para verificar que se realizó una miotomía completa y que no hay perforación esofágica o gástrica.	Punto de buena práctica
Se sugiere verificar la integridad de la mucosa esofágica después de la miotomía mediante la instilación de azul de metileno.	Punto de buena práctica
En pacientes con acalasia terminal (megaesófago o esófago sigmoideo) candidatos a tratamiento quirúrgico, se recomienda realización inicial de miotomía; si no hay respuesta terapéutica está indicada la esofaguectomía con ascenso gástrico.	FUERTE
Dada la morbilidad y mortalidad asociada a la esofaguectomía se recomienda referir a estos pacientes a centros de concentración o unidades de tercer nivel con experiencia en cirugía esófago-gástrica..	Punto de buena práctica
El tratamiento quirúrgico de la acalasia se debe realizar en centros de concentración por cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada; se recomienda que el cirujano que realiza el procedimiento tenga una experiencia mayor a 10 casos, o sea supervisado por un cirujano con experiencia de más de 10 casos realizados.	FUERTE

SEGUIMIENTO

Recomendación Clave

GR*

Se recomienda realizar seguimiento clínico y radiológico.	FUERTE
Dentro de la evaluación clínica, se recomienda la valoración a través de la escala de Eckardt a los meses 1, 3, 6 y 12 de tratamiento y después anualmente. (Cuadro 1)	Punto de buena práctica
En caso de identificarse sintomatología >3 en la escala de Eckardt, se recomienda realizar EBT. Cuando la sintomatología sea <3, se podrá mantener vigilancia clínica y el esofagograma se recomienda realizar anualmente, para descartar falla terapéutica.	FUERTE
La endoscopia se recomienda en pacientes con más de 10 años de evolución con la acalasia, por el riesgo de desarrollar carcinoma.	FUERTE
Se sugiere evaluar el desarrollo de reflujo gastroesofágico, a través de la escala de DeMeester modificada. En pacientes con datos clínicos de reflujo gastroesofágico se sugiere realizar endoscopia y pHmetría. (Cuadro 2)	Punto de buena práctica

FALLA TERAPÉUTICA

Recomendación Clave	GR*
En pacientes con disfagia persistente postratamiento, se recomienda realizar EBT para evaluar el vaciamiento esofágico y determinar si existe falla terapéutica.	FUERTE
En pacientes con adecuada evolución clínica, el EBT se recomienda de forma anual, como parte del seguimiento posoperatorio.	FUERTE
El manejo de la falla terapéutica en el tratamiento de la acalasia dependerá del tipo de terapéutica inicialmente empleada.	DÉBIL
Para pacientes originalmente tratados con dilatación neumática se sugiere miotomía quirúrgica acompañada de un tratamiento antirreflujo, nuevas dilataciones o aplicación de toxina botulínica, dependiendo del riesgo quirúrgico y las preferencias del paciente.	DÉBIL
Para pacientes sometidos inicialmente a una miotomía quirúrgica las opciones incluyen realización de una nueva miotomía quirúrgica, aplicación de toxina botulínica, realización de dilataciones neumáticas, o como opción final realizar una esofagectomía.	DÉBIL
Durante la reoperación por falla terapéutica se sugiere realizar la nueva miotomía en la cara posterior del esófago.	Punto de buena práctica

3. CUADROS O FIGURAS

Sistema de Puntuación clínica de Eckardt para acalasia				
Puntuación	Pérdida de peso kg	Disfagia	Dolor tórax retroesternal	Regurgitación
0	No	No	No	No
1	<5 kg	Ocasional	Ocasional	Ocasional
2	5-10 kg	Diario	Diario	Diario
3	>10 kg	Cada comida	Cada comida	Cada comida

Rohof W, 2013

Sistema de puntuación de DeMeester modificado		
Síntomas	Puntuación	Descripción
Disfagia	0	No
	1	Episodios ocasionales transitorios
	2	Requiere líquido para pasarlo
	3	Impacto alimenticio
Pirosis	0	No
	1	Episodios breves ocasionales
	2	Episodios frecuentes, requieren Tx
	3	Interfiere con actividad diaria
Regurgitación	0	No
	1	Episodios ocasionales
	2	Predecible por postura
	3	Interfiere con actividad diaria

Rebecchi F, 2008