

11209

49



UNIVERSIDAD NACIONAL  
Autónoma de México  
División de Estudios Superiores

*“Las Dilataciones Esofágicas como Tratamiento Inicial de la Acalasia”*

# EJEMPLAR UNICO

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO DE:  
GRADO EN CIRUJIA GENERAL.  
P R E S E N T A :

*Dr. Armando Tomás Castillo Peña*

SERVICIOS MEDICOS  
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

CIUDAD DE MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

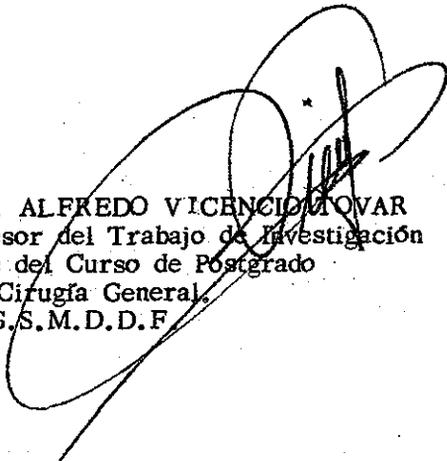


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR  
Asesor del Trabajo de Investigación  
Jefe del Curso de Postgrado  
en Cirugía General.  
D.G.S.M.D.D.F.



DR. RUBEN LOPEZ REYES  
Asesor del Trabajo de Investigación  
Jefe del Departamento de Endoscopia  
Hospital Central Militar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES

Por su Apoyo y Confianza

A MIS HERMANOS

Por su Cariño

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Por su Amistad

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MI ESPOSA

Por su Amor

A CHAKTHY

Con Todo Mi Amor

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

A MIS MAESTROS :

DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR

Por su entrega a la enseñanza

DR. RUBEN LOPEZ REYES

Por el conocimiento y Amistad  
que me brindó.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

C O N T E N I D O

INTRODUCCION  
GENERALIDADES  
OBJETIVOS  
MATERIAL Y METODO  
RESULTADOS  
DISCUSION  
COMENTARIOS  
RESUMEN  
CONCLUSIONES  
BIBLIOGRAFIA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

+++++

## INTRODUCCION.-

En 1672, Willis describió probablemente por primera vez las características clínicas de la Acalasia (12). Este Autor dio cuenta de un paciente cuya disfagia y regurgitación desaparecieron por la dilatación efectuada a ciegas con bujías rústicas que él creó.

Willis, llegó a la conclusión de que en este caso, el orificio del estómago estaba siempre cerrado por un tumor o por una parálisis, y de que no podía penetrar nada en el estomago, si aquel no se abría a la fuerza (12).

Se propusieron muchas hipótesis para explicar la estasis y dilatación -- esofágica sin obstrucción mecánica. El término "Ectasia Simple" propuesto por Zenker y Von Ziemssen, se basa en su teoría, según la cual, el estado consistía fundamentalmente, más que en un espasmo, en atonía y dilatación (2). Rosenhain y Finkestein (4), eran de la misma opinión, pero Plummer, señaló que probablemente se trataba de una atonía primaria, ya que las observaciones repetidas, indicaban que la obstrucción se presentaba primero y que la dilatación del esófago era consecutiva a la obstrucción. Mikulicz, atribuyó el Cardiospasmo a la contracción espasmódica del esfínter del cardias, sin embargo, Jackson, destacó que la obstrucción no se localizaba en el cardias gástrico y que no se observaba espasmos en el esófago.

Posteriormente las investigaciones modernas han rechazado estas hipótesis. La ausencia de resistencia al paso de bujías de mercurio a través del cardias, llevó a Hurgt a preguntarse sobre el papel desempeñado por el espasmo del cardias en la génesis de la dilatación esofágica (2 y 3).

Este Autor sugirió el término "ACALASIA" (falta de relajación), para la descripción de este desorden (3), pero los trabajos de Meltzer, introdujeron el concepto de una disfunción neuromuscular que impedía la relajación receptora del cardias antes de llegar la onda peristáltica (13).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Gracias a Ingelfinger y colaboradores, se iniciaron las investigaciones qui\_mográficas con balones, todo esto, aunque no se definió claramente el cuadro clínico de la Acalasia, caracterizado por la típica función motora anormal del cuerpo y de la porción vestibular del esófago (14).

Gracias al avance de los métodos de diagnóstico se pudo aclarar la etiología de la Acalasia que consiste en la ausencia de inervación intrínseca del esófago en la porción distal; lo cual conduce a espasmo sostenido y dilatación por arriba del sitio denervado (14).

Con la ayuda de los estudios radiológicos se logró visualizar la obstrucción y dilatación esfágica, posteriormente la introducción de los endoscópicos — por Chevaliere-Jackson, a finales del Siglo XIX (2), ofreciendo la ventaja de ser medio diagnóstico y terapéutico (14).

Posteriormente, se introdujo la medición gráfica de la motilidad esfágica — por medio de la manometría, la cual ayuda a delinear algunos aspectos fisiológicos de las enfermedades esofágicas (14); Voyles (15), refiere que las anomalías manométricas son poco comunes cuando los estudios radiográficos y endoscópicos son normales. Raramente la manometría se utiliza solo para valorar casos subjetivos.

Esta es usada preoperatoriamente en pacientes con esogagitis por reflujo, si se sospecha trastorno de la motilidad esofágica y en pacientes con anomalía cricofaríngea (15), después de la reparación de la Hernia Hiatal, con una adecuada valoración preoperatoria radiológica y endoscópico. La manometría contribuye en poca magnitud para evaluar la disfagia postoperatoria (15).

Es conveniente que todos los pacientes con Acalasia, sean estudiados previamente por el Método Radiológico, posteriormente endoscópico y si se cuenta con manometría, efectuar ésta si hay los medios apropiados.

El estudio endoscópico después del estudio radiográfico, son los únicos medios con los que contamos, por lo que consideramos los más importantes.

Una vez efectuado el diagnóstico, se le indica al paciente que el tratamiento de esta enfermedad, se lleva a cabo de 2 formas: CONSERVADOR Y QUIRÚRGICO. El manejo Conservador, consiste en dilataciones con sondas que se pasan a través del esófago, las cuales se deben efectuar en forma periódica hasta que los síntomas desaparezcan o en el caso de que continúe la sintomatología, se le sugerirá la intervención quirúrgica.

GENERALIDADES.-

ANATOMIA DEL ESOFAGO.- Macroscópicamente el esófago mide en promedio, 25 cms. en el hombre y 23 cms. en la mujer (Palmer). Lerche, encontró en personas examinadas una distancia de 40 cms. en los dientes incisivos al cardias en los varones, con una oscilación de 36 a 50 cms, y solo midió 37 cms. en las mujeres con una variación de 32 a 41 cms. Los cálculos del diámetro esofágico efectuados en esófagos abiertos y expuestos, arrojaron diámetros del 1.3, 1.3, 1.55 y 2.2 cms. a la altura del cartilago cricoides, de la bifurcación de la tráquea, del hiato diafragmático y de la conjunción esofagogástrica respectivamente (2).

Por su relación anatómica con otros órganos vecinos presenta 2 impresiones de arriba hacia abajo: por el bronquio derecho y posteriormente por la arteria aorta.

Lerche, menciona un segmento del esófago, limitado por el esófago mismo por arriba y con el estomago por abajo, limitada por 2 estrecheces: El esfínter inferior del esófago por arriba y el constrictor del cardias por abajo, llamada por este Autor "Vestibulo Gastroesofágico" (2).

El esófago conserva su posición mediante su continuidad con la faringe y el estomago y merced al tejido conjuntivo más o menos denso que une la tráquea, a los bronquios y al diafragma (1).

CONSTITUCION ANATOMICA.- El esófago está formado por tres capas: una externa-muscular, una media celular y una interna mucosa. La capa muscular se haya constituida por una capa exterior de fibras longitudinales, las cuales se hayan reforzadas por haces de fibras bronquiales y diafragmáticas, que al llegar al estómago, se continua con la capa muscular externa de este órgano. Las fibras circulares rodean al esófago y forman una capa continua situada por debajo de la anterior. Por arriba y por atrás parecen prolongarse (1).

Con el constrictor inferior de la faringe, mientras que por delante toman inserción en la lámina cricoidea. En su parte inferior se continúa con las fibras circulares del estómago. Tanto las fibras longitudinales como las circulares son lisas en las tres cuartas partes inferiores del esófago.

Capa Celular: Se halla situada entre la capa muscular y la mucosa, se adhiere a esta por su cara profunda, se continúa por arriba con la túnica fibrosa de la faringe y por debajo con la capa celular del estómago. Está constituida de tejido conjuntivo y fibras elásticas (1).



Capa Mucosa: Tiene una coloración pálida en toda su extensión y se halla formada por un epitelio pavimentoso estratificado, que se apoya sobre una dermis constituida por tejido conjuntivo que contiene un tejido reticulado de naturaleza linfoidea (1).

En la Capa Mucosa se encuentran glándulas acinosas situadas en la túnica celular por debajo de las escasas fibras lisas submucosas. El canal excretor de estas glándulas, primero ancho y después angosto, terminan en la mucosa con un calibre filiforme; reciben éstas el nombre de glándulas esofágicas, y además de ellas existen otras situadas en la misma mucosa sin evadir la capa celular, denominadas "glándulas superficiales de Hewlett" semejantes a las glándulas del estómago en la porción del cardia (1).

IRRIGACION.- El esófago recibe sangre arterial de las esofágicas superiores, ramas de la tiroidea inferior; de las esofágicas medias; de las bronquiales; de la aorta e intercostales; de las esofágicas inferiores, ramas de las diafrágicas inferiores y de la coronaria estomáquica (1).

De la red capilar nace un plexo venoso submucoso, del cual emanan troncos de mayor calibre que constituyen un plexo venoso periesofágico. Este emite los troncos que van a desembocar a la vena tiroidea inferior, a las ácigos y a la coronaria estomáquica (1 y 2).

Los linfáticos nacen de una red mucosa y de una red muscular; los superiores van a desembocar a los ganglios esternocleidomastoideos y a la cadena que acompaña a los recurrentes. Los medios terminan en los ganglios periesofágicos del grupo mediastínico posterior. Por último, los inferiores o abdominales se vierten en los ganglios gástricos superiores (1 y 2).

INERVACION.- Inervan al esófago las 2 partes: simpática y parasimpática, del sistema nervioso vegetativo. Estas fibras derivan de los ganglios simpáticos cervicales, superior e inferior; de los ganglios torásticos cuarto y quinto y de las fibras preganglionares de los nervios espláncnicos mayor y menor.

Los nervios vagos proporcionan la inervación parasimpática del esófago, inervando además junto con el simpático el vestíbulo esofágico. La inervación del esofago se puede dividir en: Extrínseca e Intrínseca; la inervación Intrínseca se dispone como en otras partes del aparato digestivo: Un plexo mientérico entre las capas de fibras musculares longitudinales y circulares, a veces también un plexo submucoso. El primero presenta hasta 10 células ganglionares por cada corte de un mm. en tanto, que el plexo submucoso tiene densidad celular mas escasa. No se observan diferencias histológicas de los ganglios en el cardia, en comparación con las encontradas más arriba en los 2 tercios distales del esófago (1 y 2).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

-5

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

ANATOMIA ENDOSCOPICA.- En la esofagoscopia tienen importancia dos de los puntos de referencia mencionados anteriormente: El cayado de la aorta y la unión de epitelio poliestratificado y cilíndrico. La altura del cayado de la aorta es indicada por una impresión superficial producida en la pared anterior izquierda del esófago, donde se observan el ligero aplastamiento de los pliegues de la mucosa y el movimiento producido por las pulsaciones cardíacas transmitidas. El segundo punto de referencia podemos llegar a identificarlo por la imagen de los pliegues de la mucosa gástrica y por el cambio de color de la mucosa que adquiere un tinte rojo más vivo, con un brillo aterciopelado (2).

FISIOLOGIA.- La función principal del esófago consiste en el transporte de líquidos y sólidos desde la faringe hasta el estómago. También tiene las siguientes funciones secundarias: evita la regurgitación desde el estómago a la parte inferior del esófago, expulsa el aire de su luz durante su estado de reposo y el epitelio de su luz produce secreción (2).

Durante la deglución se relajan el esfínter superior del esófago y el mecanismo esfinteriano de la extremidad inferior del esófago: formaciones conocidas fisiológicamente, aunque todavía no ha sido posible aclarar cuales elementos anatómicos forman el esfínter distal. Aunque se pueden medir con precisión los cambios de presión, desconocemos todavía el mecanismo de los fenómenos y la inervación exacta de éstas estructuras (2).

El mecanismo de la deglución se divide convencionalmente en 3 periodos: Oral, faríngeo y esofágico. Comienza el primero por el movimiento voluntario de la lengua, mientras que los 2 últimos periodos tienen un origen reflejo. Durante el período faríngeo se cierra la cavidad oral hacia atrás por la lengua, el paladar y los pilares del istmo de las fauces, se ocluye la nasofaringe por la elevación de paladar blando. La Faringe es conducida hacia la base de la lengua, la epiglotis se inclina hacia atrás para entrar en contacto con la pared posterior de la faringe y las cuerdas vocales verdaderas y las falsas se aproximan. La función de la epiglotis, es expulsar las sustancias sólidas pero no las líquidas de la faringe. A la terminación de éstos fenómenos, se contraen los constrictores de la faringe e impulsan el bolo alimenticio al interior del esófago (2).

El tercer período entraña el tránsito del bolo alimenticio al estómago a través del esófago. Los fenómenos de este período se relacionan con la posición del paciente y la naturaleza de la sustancia deglutida, se ha calculado que la onda peristáltica primaria discurre por el esófago a la velocidad de 2 a 3 cms/seg. Este tránsito se acelera en la porción esofágica provista de musculatura estriada.

La onda peristáltica primaria se inicia por la deglución y se origina en la faringe; su función principal en el transporte consiste en establecer un gradiente de presión que favorezca la conducción hacia abajo. La inhibición de la respiración mediante la deglución demuestra la coordinación que existe -

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

entre los movimientos de las vías respiratorias y digestivas (2).

Si el bolo deglutivo dilata el esófago, o si esta viscera se distiende en ausencia de un acto deglutorio, aparece también una onda peristáltica llamada secundaria que, según parece, se origina a la altura del cayado de la aorta y es semejante a una onda peristáltica primaria, salvo el hecho de producirse en ausencia de deglución (2).

En animales de experimentación se describen ondas terciarias en el esófago-distal, las cuales se producen después de la vagoectomía que ocasiona la abolición del peristaltismo primario y secundario.

Probablemente esto se deba al sistema nervioso intrínseco del órgano. Se ha discutido si estas ondas son variedades anormales, ya que no pocas veces van acompañadas de alteraciones degenerativas o de la Hernia Hístal (2).

La importancia de los esfínteres esofágicos para impedir el reflujo del esófago, se ha estudiado detenidamente. El esfínter superior del esófago puede oponerse a una presión hasta de 100 cms de agua, como se observó en pacientes faringostomizados que empleaban la voz esofágica, así como resistir presiones de 15 a 25 cms de agua desde arriba, según se registró en pacientes de parálisis respiratorias consecutivas a poliomeilitis y tratados mediante la respiración con presión positiva.

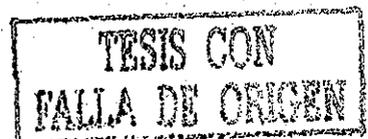
Existen pruebas anatómicas y radiológicas indicativas de la presencia de un segmento independiente de la extremidad distal del esófago.

Code y Colaboradores, demostraron una zona de presión elevada en esta región Pert y colaboradores, comprobaron cambios de la actividad durante el reposo y durante la actividad en dicha región, esta zona se ha descrito propiamente con la función de un esfínter, observando además con el método radiológico (2).

#### CUADRO CLINICO

El diagnóstico de Acalasia, se establece por el método clínico radiológico y endoscópico. Los datos clínicos consisten en: Disfagia, Regurgitación, Retardo del tiempo de deglución a la auscultación etc. La disfagia puede presentarse intermitente, lo cual puede hacer confundir al Médico en el diagnóstico (2 y 3).

La regurgitación y el vómito tienen las características de no poseer ácido clorhídrico, además el contenido alimenticio de las regurgitaciones es de alimentos en estado de descomposición.



Los antecedentes del paciente son muy importantes para descartar otros trastornos esofágicos, ya que la disfagia y la regurgitación son frecuentes en otros padecimientos (3).

#### DIAGNOSTICO

La historia clínica completa del paciente y la sospecha clínica nos orienta a solicitar estudios radiográficos con medio de contraste del esófago, con lo que se encontrará solamente dilatación por arriba del sitio de la estenosis. Posteriormente, se le debe practicar un estudio endoscópico para determinar el diagnóstico preciso de Acalasia (2 y 3).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La disfagia intermitente de la Acalasia, en su inicio, puede confundirse con el globo hístico, la estenosis cicatrizal benigna por esofagitis con reflujo, la úlcera péptica de la unión esofagogástrica o las lesiones por cáusticos, el carcinoma del fondo gástrico, la disfagia anular contractil, el Síndrome de Plummer-Vicent ó con la disrritmia esofágica que acompaña a la Hernia Hiatal. Las regurgitaciones también pueden presentarse en el divertículo esofágico.

De esta manera insistimos que todo paciente con sospecha de Acalasia la Endoscopia tendrá la última palabra (2 y 3).

#### TRATAMIENTO

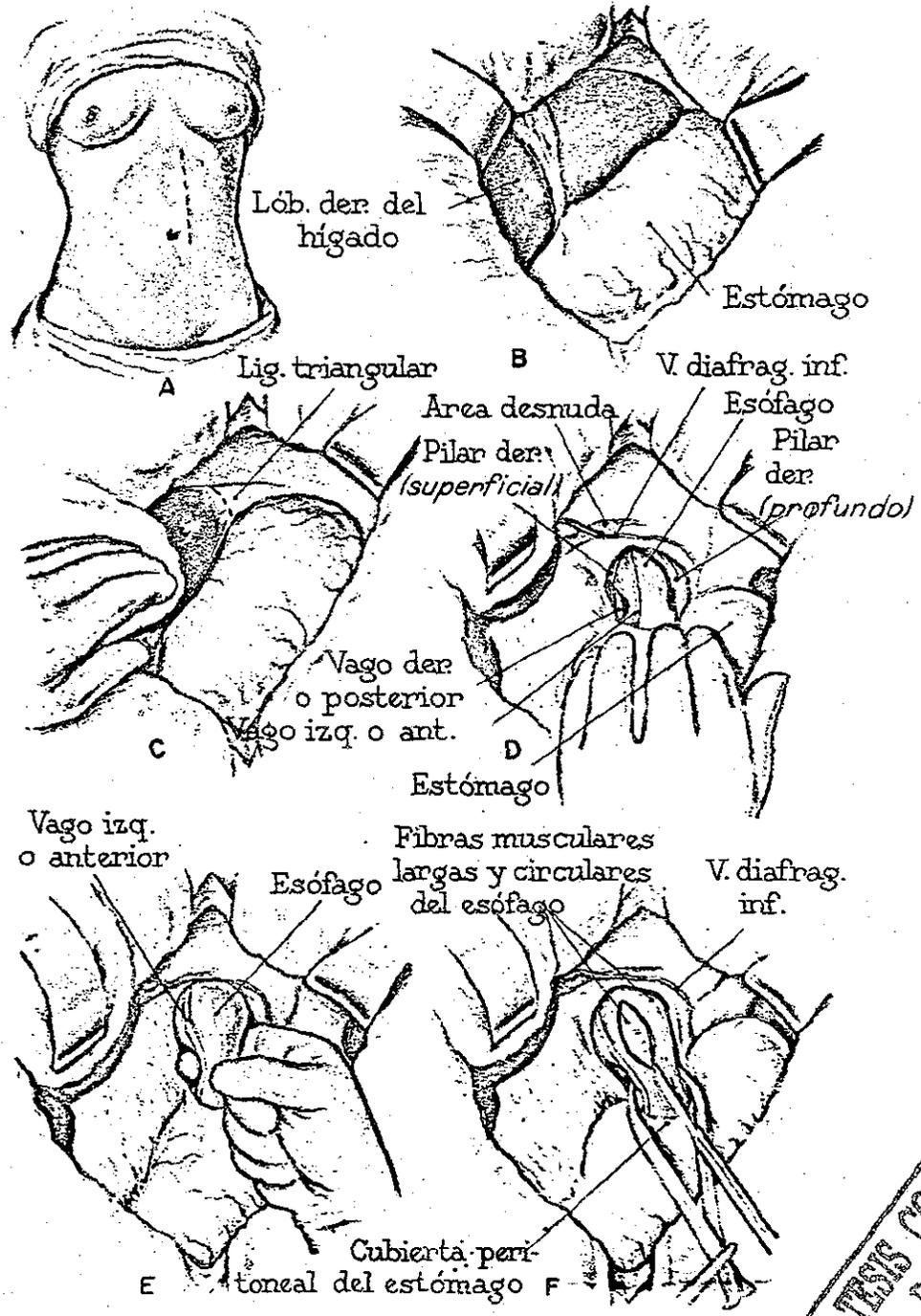
Indicaciones de las dilataciones y de la Intervención Quirúrgica.— La mayoría de los pacientes responden bien a las dilataciones, en la literatura se reporta buenos resultados o al menos mejoría prolongada en el 75 - 88% (23,2). Un determinado número de pacientes presenta recidivas, pero las dilataciones subsiguientes practicadas periódicamente suelen conseguir buena mejoría (2).

En el 10 al 20% de los pacientes con Acalasia tratados con dilataciones es necesaria la intervención quirúrgica por varias causas (2).

Las dilataciones se llevan a cabo penetrando sondas de Hurst a través del esófago para ensanchar el segmento estenosado de manera suficiente; posteriormente se debe instruir al paciente para que mastique bien los alimentos y comer pausadamente ayudado de un sorbo de líquido para que se facilite el paso de éste (2 y 3).

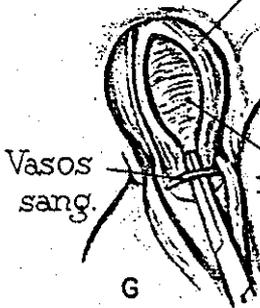
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

OPERACION DE HELLER



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

M. longitudinal



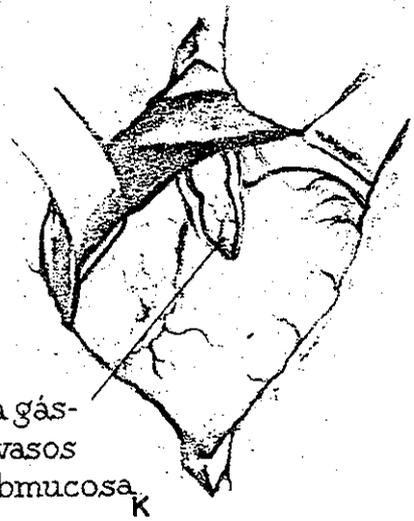
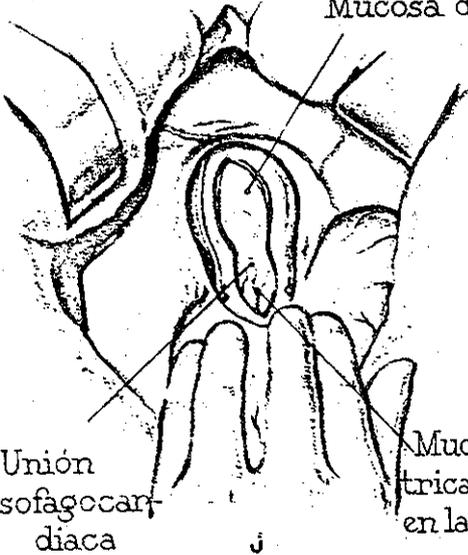
Fibras m. circulares



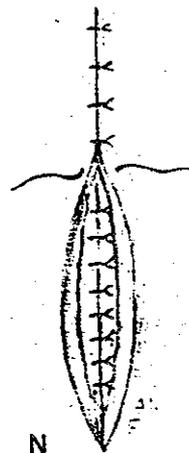
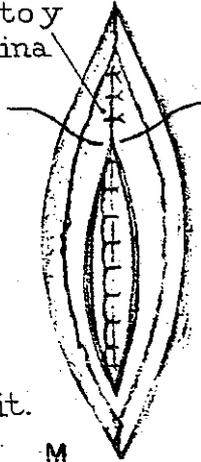
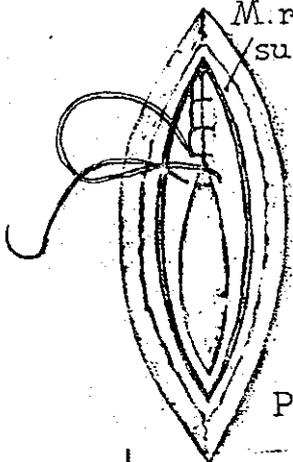
Submucosa de esófago y estómago



Mucosa del esófago

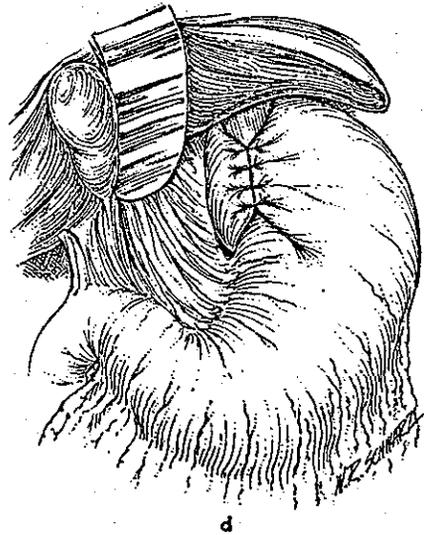
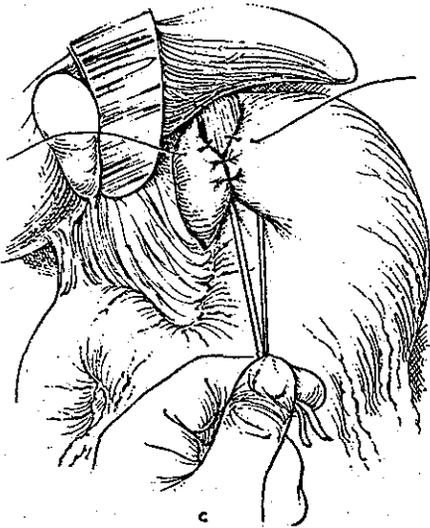
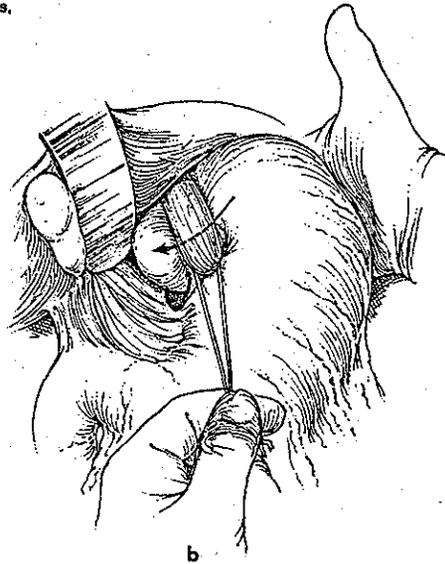
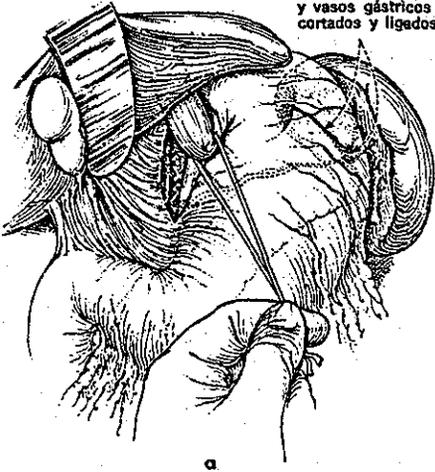


M. recto y su vaina



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Lig. gastrosplénico  
y vasos gástricos cortos,  
cortados y ligados



Procedimiento de Nissen: a) Movilización del esófago y división del ligamento gastrosplénico; b) transposición del fundus del estómago a través del agujero del epiplón menor; c) plicatura del fundus del estómago alrededor del esófago inferior con suturas a través de la pared esofágica; d) subsecuente plicatura del fundus del estómago sobre sí mismo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SÓNDAS DE HURST.- Estas tienen las características de ser flexibles, vienen de diferentes calibres, el extremo de las sondas es ovalado, son largas con una longitud aproximada de 60 cms. Posee una bolsa dilatadora la cual en el momento en que pasa al estómago, se insufla y se efectúa la extracción, al llegar al sitio de la estenosis se desinsufla nuevamente y se coloca esta bolsa en lugar preciso para insuflarla nuevamente. El fin de este procedimiento es romper o deshilachar la musculatura de esta zona.

Cuando se efectúa una buena dilatación el paciente presenta la mejoría en poco tiempo aunque en algunas ocasiones puede presentar disfagia (18).

### TRATAMIENTO QUIRURGICO

La intervención quirúrgica está indicada para la eliminación del cardiospasma solamente cuando la enfermedad no responde al tratamiento Médico con dilatación.

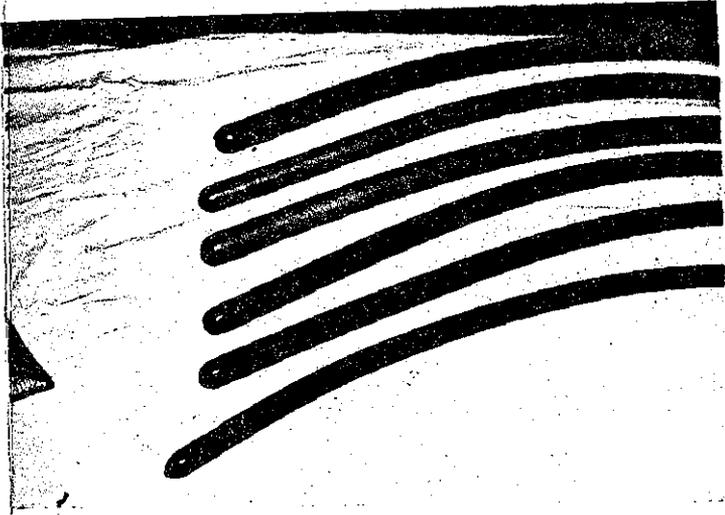
El progreso de la cirugía del esófago han venido desarrollándose a través de la Historia de la Medicina durante 5 eras históricas. Los progresos han sido lentos, la primera reparación esofágica fue efectuada en Egipto, en el año — 2,500 A.C. Durante el final del Siglo XIX, cuando los Científicos hicieron posible iniciar la cirugía abdominal, se dieron los primeros pasos para que continuara en el Siglo XX con la cirugía del Torax, con mayor auge durante la Segunda Guerra Mundial. Estos avances estimularon a los investigadores a practicar la cirugía esofágica en la era postguerra. Cuando la técnica operatoria quedaron estandarizadas y la cirugía del esófago quedó situada en una parte y por otra del tracto gastrointestinal (36).

Se han estado utilizando varias técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la Acalasia, no quedando aún la ideal. Actualmente la más utilizada es la Cardiomiotomía de Heller, la cual consiste en términos generales en efectuar una incisión a nivel del cardia de aproximadamente 10 cms. cortando serosa y muscular hasta que se hernie la mucosa (16,5). Esta técnica tiene consecuencias posteriores, como es la esofagitis por reflujo, por lo que posteriormente se unió a esta técnica una operación antirreflujo como la funduplicación y la Hemifunduplicación (21,14,28). Heller describió esta técnica con abordaje transabdominal.

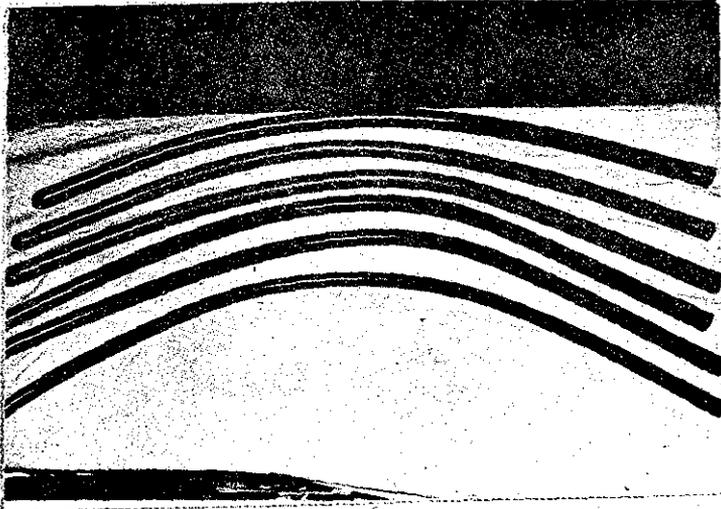
Las otras técnicas quirúrgicas utilizadas, mencionaremos la Belsey, Hill y la de Thall, las cuales son utilizadas en ciertas ocasiones y en casos especiales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

8-a



SONDAS DE HURST

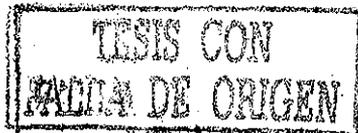


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

Los Objetivos que se tienen para realizar este estudio son:

- 1 - Valorar la importancia del manejo conservador con dilataciones esófagicas en el tratamiento de la Acalasia Vs Cirugía.
- 2 - Primer Método Terapéutico en el tratamiento de la Acalasia.
- 3 - Efectuar una relación de los resultados de los pacientes tratados con este Método y los tratados con Cirugía.



MATERIAL Y METODO

El material objeto de este estudio, se inició recopilando datos de los casos de Acalasia presentados en el HOSPITAL MILITAR, HOSPITAL DR. RUBEN LEÑERO, y de la Consulta particular; desde el año de 1976, en su inicio, hasta el mes de Julio de 1981.

En este lapso de tiempo, se efectuaron 4,000 endoscopías, encontrándose 36 - casos de Acalasia (0.9%), variando los casos en cuanto a la edad, la menor - de 6 años y la mayor de 79 años, con promedio de edad de 36.4 años.

De estos 36 casos, fueron 27 del sexo femenino (75%), y 9 del sexo masculi - no (25%), relación de 3:1 en la mujer.

Habiéndose evaluado en todos ellos datos como: EDAD, SEXO, HISTORIA CLINICA, EXAMENES DE LABORATORIO, NUMERO DE DILATACIONES RECIBIDAS (Sondas pasadas a - través del esófago), así como, Estudio Radiológico del esófago.

El diagnóstico endoscópico fue efectuado con el Fibroscopio Olympus Modelo - GIF-K, así como pinzas de biopsia.

Finalmente, se efectúa una recopilación y análisis de los resultados, practi - cándose una correlación clínico-radiológica y endoscópica, tratando de obte - tenerse los mejores resultados, tanto en diagnóstico como terapéuticamente - por medio de las dilataciones.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 1

Se menciona los datos clínicos que más comunmente se presentaron.

	<u>CASOS:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
DISFAGIA A LIQUIDOS	36	100%
DISFAGIA A SOLIDOS	16	44%
DOLOR	10	27%
REGURGITACION	10	27%
DILATACION ESOFAGICA	36	100%
PERDIDA DE PESO	12	33%
SANGRADO	6	16%

CUADRO No. 2

Menciona la Estadística.

Total de endoscopías efectuadas:	4,000	100%
Total de casos de Acalasia encontrados	36	0.9%
Frecuencia	0.9%	
Edad de los casos estudiados	6 - 79 años	
Edad Promedio de los casos	36- 4 años	
Sexo Femenino	27	75%
Sexo Masculino	9	25%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 3

Menciona el Total de casos de ambos grupos tratados con dilataciones y Cirugía.

DILATAACIONES	Sin Operación	25	TOTAL: 30
	Con Operación	5	

PACIENTES OPERADOS:	11
Con Dilatación previa:	5
Sin Dilatación previa:	6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 4

Menciona el promedio de sesiones de dilataciones, y el número de dilataciones en promedio:

PROMEDIO DE SESIONES DE DILATACIONES	9.0
PROMEDIO DE DILATACIONES EFECTUADA	21.6
COMPLICACIONES	0%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 5

Menciona el número de dilataciones en cantidad, y el tiempo en que éstas se efectuaron:

TOTAL DE CASOS: 30

	SEMANTAL	MENSUAL	SIMESTRAL	SEMESTRAL
REGULARES	10	8	5	1
IRREGULARES	3	2	1	0
No. DE DILATACIONES	21	21.4	21	2
PROMEDIO	9	9.4	9	2
TIEMPO DE TRATAMIENTO	3 Meses	1 Año	1.5 Años	1 Año

TOTAL DE DILATACIONES: 630

TOTAL DE SESIONES DE DILATACION: 270

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 6

Menciona los pacientes tratados con Dilataciones previa a la Cirugía.

TOTAL: 5 PACIENTES

<u>PACIENTES:</u>	<u>SEXO:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>	<u>EDAD PROMEDIO:</u>
2	M	67%	37 Años
3	F	60%	26 Años

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 7

Menciona los resultados de los pacientes tratados con dilataciones esofágicas:

TOTAL	30	100%
EXCELENTE	2	6%
BUENO	15	50%
REGULAR	8	26%
TUVIERON QUE SER OPERADOS	5	16.3%
COMPLICACIONES	0	0%



CUADRO No. 8

Menciona el Grupo de pacientes operados y las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas:

SEXO      EDAD      CARDIOMIOTOMIA DE HELLER      MAS NISSEN      +HEMINISSEN

F.      36      +      +

F.	35	+	+	
F.	49	+		+
M.	56	+	+	
M.	28	+		+
M.	49	+		+
M.	28	+		+
F.	18	+		+
F.	6	+	+	
F.	52	+		+
F.	64	+		+

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 9

Pacientes operadas con Técnica de Heller modificada:

HELLER + FUNDUPLICACION	4	36.3%
HELLER + HEMIFUNDUPLICACION	7	63.7%

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 10

Menciona los resultados de los pacientes tratados quirúrgicamente:

TOTAL : 11 PACIENTES

	CASOS	SEXO M.	SEXO F.	EDAD PROM.	%
EXCELENTE	6	1	5	31	54
BUENO	2	0	2	12	18
MALO	2	2	0	53	18
COMPLICADOS	3	2	1	53	18
DEFUNSIONES	1	1	0	79	9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 11

Comparación de los 2 Métodos utilizados en el tratamiento de la Acalasia:

	<u>DILATACIONES</u>	<u>ESOFAGOMIOTOMIA</u>
Nº. PACIENTES	30	11
EDAD	6-79	6-79
MORTALIDAD	0	1
EDAD PROMEDIO	42	33
<u>RESULTADOS:</u>		
EXCELENTE	2	6
BUENO	15	2
REGULAR	8	2
MALO	5	3
COMPLICACIONES	0	3

RESULTADOS.- De las 4,000 esófago-gastroscopias efectuadas, se encontraron 36 casos de Acalasia (0.9%), siendo más frecuentes en el sexo femenino, 27 casos (75%), y en el masculino 9 casos (2.5%), con una relación de 3:1 en la mujer.

La edad más afectada en este grupo es de: 28-54 años coincidiendo con otros autores (Cuadro No. 2), la edad promedio fue de 36.4 años.

En relación al Cuadro Clínico, los síntomas más comunes que se presentaron en estos pacientes fueron: Disfagia a líquidos en el 100% de los casos, disfagia a sólidos en el 44%, dolor torácico en el 27%; de los signos en orden de frecuencia fueron: Dilatación Esofágica Radiológica en el 100% de los casos, pérdida de peso en el 33%, así como sangrado digestivo en el 15% de los casos.

Los pacientes se estudiaron en 2 grupos, los tratados con el Método Conservador por medio de dilataciones esofágicas, y los tratados quirúrgicamente con técnica de Heller más funduplicación y Heller más Hemifunduplicación.

Del total de 36 pacientes, 30 fueron tratados con dilatación esofágica (83.5%), 6 pacientes fueron tratados con cirugía sin haber sido dilatados previamente (16.5%), 5 pacientes quienes fueron dilatados previamente fueron operados por fracaso de éstas (14%), (Cuadro No. 3).

El tiempo durante el cual se manejaron los pacientes dilatados, osciló entre 3 meses y 18 meses. Recibieron en promedio 9.3 sesiones de dilataciones, durante las cuales se efectuaron 21.6 dilataciones (Cuadros Nos. 4 y 5).

13 Pacientes que recibieron sesiones de dilataciones semanales, recibieron un promedio de 9. sesiones en 3 meses con un equivalente de 21 dilataciones.

10 Pacientes recibieron 9.4 sesiones en un lapso de Un año, recibiendo un promedio de 21.4 dilataciones. 6 Pacientes recibieron un promedio de 9 sesiones en lapsos de tiempos bimestrales durante 18 meses, con un promedio de dilataciones de 21. Un paciente se le dio una sola sesión de dilatación, en la cual se le efectuaron 2 dilataciones.

De los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, de este grupo uno recibió una sola sesión de dilataciones y 4 de los que recibieron dilataciones bimestrales durante Un año (Cuadros 4 y 5).



Los resultados de los pacientes tratados con dilatación fueron los siguientes:

Excelentes en 2 casos - Buen resultado en 15 casos - Regular en 8 casos. Malos en 5 casos - Los cuales fueron operados (Cuadros 6 y 11). Las complicaciones con éste Método fue del 0%.

La edad promedio de estos casos, fue de 42 años. El total de pacientes operados fuero de 11 (100%), de estos, 7 del sexo femenino (64%), y 4 del sexo masculino (36%), con edad promedio de 33 años.

En todos los casos se practicó operación de Heller, además de funduplicación o hemifunduplicación; de estos en 4 casos se le efectuó Heller más funduplicación (36%), y en 7 casos, se efectuó operación de Heller más hemifunduplicación (64%), de acuerdo al sexo en 3 pacientes se les efectuó Heller más funduplicación (75%), del sexo femenino, y un masculino (25). Los tratados con Heller más hemifunduplicación, fueron 4 femeninos (54%), 3 masculinos (43%), Cuadros 8 y 9).

Los resultados de los casos tratados con este Método fueron los siguientes:

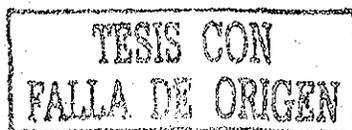
Excelentes en 6 casos (54%) - Buenos en 2 casos (16%),

Malos resultados en 3 casos (27%) - Complicados en 2 casos y defunción en un paciente (9%).

DISCUSION.- En el presente estudio encontramos que, los hallazgos en cuanto al sexo, son más frecuentes en el femenino que en el masculino, en una relación de 3:1, no coincidiendo con otros autores (17), en cuanto a la edad esta aparece en cualquiera, siendo más frecuente de los 30 a los 50 años.

La frecuencia e incidencia de Acalasia, es baja, en este estudio se encontró que en 4,000 estudios endoscópicos efectuados, solo el 0.9% presentó Acalasia del esófago.

Los pacientes recibieron tratamiento conservador y quirúrgico, encontrándose que los tratados con el Método conservador presentaron respuesta favorable en la mayoría de los casos. En algunos Países como Australia, este método no es el habitual, sino de primera intención se intervienen quirúrgicamente, pero está plenamente aceptado que todo paciente con Acalasia, debe ser tratado con servadoramente y si este tratamiento fracasa, está indicada el manejo quirúrgico, ya que en un gran porcentaje, los pacientes responden favorablemente con dilataciones. Holloway y Decarle en 10 pacientes con Acalasia tratados conservadoramente, encontraron excelentes resultados en 7 casos, tratados con dilataciones hidrostática (23 y 53), sabemos que con este tipo de dilataciones los fracasos son mayores por las complicaciones que estas producen, que -



Los resultados de los pacientes tratados con dilatación fueron los siguientes:

Excelentes en 2 casos - Buen resultado en 15 casos - Regular en 8 casos. Malos en 5 casos - Los cuales fueron operados (Cuadros 6 y 11). Las complicaciones con éste Método fue del 0%.

La edad promedio de estos casos, fue de 42 años. El total de pacientes operados fuero de 11 (100%), de estos, 7 del sexo femenino (64%), y 4 del sexo masculino (36%), con edad promedio de 33 años.

En todos los casos se practicó operación de Heller, además de funduplicación o hemifunduplicación; de estos en 4 casos se le efectuó Heller más funduplicación (36%), y en 7 casos, se efectuó operación de Heller más hemifunduplicación (64%), de acuerdo al sexo en 3 pacientes se les efectuó Heller más funduplicación (75%), del sexo femenino, y un masculino (25). Los tratados con Heller más hemifunduplicación, fueron 4 femeninos (54%), 3 masculinos (43%), Cuadros 8 y 9).

Los resultados de los casos tratados con este Método fueron los siguientes:

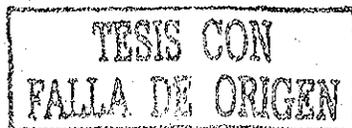
Excelentes en 6 casos (54%) - Buenos en 2 casos (16%),

Malos resultados en 3 casos (27%) - Complicados en 2 casos y defunción en un paciente (9%).

DISCUSION.- En el presente estudio encontramos que, los hallazgos en cuanto al sexo, son más frecuentes en el femenino que en el masculino, en una relación de 3:1, no coincidiendo con otros autores (17), en cuanto a la edad esta aparece en cualquiera, siendo más frecuente de los 30 a los 50 años.

La frecuencia e incidencia de Acalasia, es baja, en este estudio se encontró que en 4,000 estudios endoscópicos efectuados, solo el 0.9% presentó Acalasia del esófago.

Los pacientes recibieron tratamiento conservador y quirúrgico, encontrándose que los tratados con el Método conservador presentaron respuesta favorable en la mayoría de los casos. En algunos Países como Australia, este método no es el habitual, sino de primera intención se intervienen quirúrgicamente, pero está plenamente aceptado que todo paciente con Acalasia, debe ser tratado con servadoramente y si este tratamiento fracasa, está indicada el manejo quirúrgico, ya que en un gran porcentaje, los pacientes responden favorablemente con dilataciones. Holloway y Decarle en 10 pacientes con Acalasia tratados conservadoramente, encontraron excelentes resultados en 7 casos, tratados con dilataciones hidrostática (23 y 53), sabemos que con este tipo de dilataciones los fracasos son mayores por las complicaciones que estas producen, que -



es del 5%, en cambio las dilataciones con sondas de Hurst, presentan menos complicaciones y es técnicamente más fácil su uso, como en este caso el estudio realizado, se efectuó con dilataciones con sondas de este tipo (18).

Los fracasos del tratamiento conservador en este estudio, fueron presentados en pacientes que recibieron pocas sesiones y número de dilataciones, así como también la frecuencia de éstas sesiones, lo que nos orienta a decir que para que sea efectivo este tratamiento, es necesario que el paciente presente sesiones regulares de dilataciones y que el paciente esté dispuesto a presentarse con regularidad.

Los pacientes tratados quirúrgicamente, los resultados fueron excelentes en la mayoría de los casos, las complicaciones presentadas en 3 pacientes se debieron a deficiente técnica quirúrgica. De las 3 técnicas descritas: Heller, Heller-Nissen, Heller+Hemifunduplicación, las usadas fue la de Heller más hemifunduplicación. en la literatura se reportan mejores resultados con Heller más hemifunduplicación; como lo reporta Tamlinson, Nelems y Cooper (50, 21, 12), ya que esta técnica de antirreflujo ofrece la ventaja de no dejar secuela de este nosis esofágica, la cual es más frecuente que se presenta con la técnica de Niessen.

Las indicaciones para que un paciente con Acalasia, sea intervenido quirúrgicamente son cuando el paciente sea tratado previamente con sesiones continuas de dilataciones y estas hayan fracasado (23).

También por otro lado el fracaso de la cirugía se ha encontrado cuando se practique la Operación de Heller sin técnica antirreflujo; en los trabajos publicados por Nolems, Payne y Brewer (21, 36), demuestran la importancia de unir ambos procedimientos, para obtener excelentes resultados.

La comparación del procedimiento quirúrgico Vs conservador efectuado por Csendes, Velazco y Bhraquetto, en la cual se demuestra la utilidad de ambos procedimientos, dándole más importancia al tratamiento quirúrgico ya que con este último obtuvieron mejores resultados (18). Los mismo ocurre en los reportes de Ellis (30) y Ballantine (28).

Además de la técnica de Heller, son utilizadas otras técnicas como la Selsey-Hill y otras, con resultados buenos, según lo reporta Sillin y Condón (64), en ciertos casos.

#### COMENTARIOS.-

ACALASIA.- Continua siendo importante la Acalasia aunque es un padecimiento que se presenta con poca frecuencia en la población; su tratamiento efectivo continua siendo discutido.



es del 5%, en cambio las dilataciones con sondas de Hurst, presentan menos complicaciones y es técnicamente más fácil su uso, como en este caso el estudio realizado, se efectuó con dilataciones con sondas de este tipo (18).

Los fracasos del tratamiento conservador en este estudio, fueron presentados en pacientes que recibieron pocas sesiones y número de dilataciones, así como también la frecuencia de éstas sesiones, lo que nos orienta a decir que para que sea efectivo este tratamiento, es necesario que el paciente presente sesiones regulares de dilataciones y que el paciente esté dispuesto a presentarse con regularidad.

Los pacientes tratados quirúrgicamente, los resultados fueron excelentes en la mayoría de los casos, las complicaciones presentadas en 3 pacientes se debieron a deficiente técnica quirúrgica. De las 3 técnicas descritas: Heller, Heller-Nissen, Heller+Hemifunduplicación, las usadas fue la de Heller más hemifunduplicación. en la literatura se reportan mejores resultados con Heller más hemifunduplicación; como lo reporta Tamlinson, Nelems y Cooper (50, 21, 12), ya que esta técnica de antirreflujo ofrece la ventaja de no dejar secuela de este nosis esofágica, la cual es más frecuente que se presenta con la técnica de Niessen.

Las indicaciones para que un paciente con Acalasia, sea intervenido quirúrgicamente son cuando el paciente sea tratado previamente con sesiones continuas de dilataciones y estas hayan fracasado (23).

También por otro lado el fracaso de la cirugía se ha encontrado cuando se practique la Operación de Heller sin técnica antirreflujo; en los trabajos publicados por Nolems, Payne y Brewer (21, 36), demuestran la importancia de unir ambos procedimientos, para obtener excelentes resultados.

La comparación del procedimiento quirúrgico Vs conservador efectuado por Csendes, Velazco y Bhraquetto, en la cual se demuestra la utilidad de ambos procedimientos, dándole más importancia al tratamiento quirúrgico ya que con este último obtuvieron mejores resultados (18). Los mismo ocurre en los reportes de Ellis (30) y Ballantine (28).

Además de la técnica de Heller, son utilizadas otras técnicas como la Selsey-Hill y otras, con resultados buenos, según lo reporta Sillin y Condón (64), en ciertos casos.

#### COMENTARIOS.-

ACALASIA.- Continua siendo importante la Acalasia aunque es un padecimiento que se presenta con poca frecuencia en la población; su tratamiento efectivo continua siendo discutido.



El diagnóstico clínico debe ser acompañado de estudio radiológico, para corroborarse con el estudio endoscópico. Muchas veces en la mayoría de los casos, no es necesario tomar biopsia para dar la certeza de la enfermedad ya que en ciertas ocasiones se toma la biopsia de la mucosa y no de la capa muscular con el endoscópio. La experiencia del endoscopista es la base para aaceverar el diagnóstico.

El tratamiento Médico con dilatación continua siendo efectivo en el 75-85% de los casos, al menos la curación completa no es posible en un buen porcentaje, pero, sí ofrecerle al paciente una mejoría prolongada de los síntomas.

Actualmente la tendencia actual, es el tratamiento quirúrgico de primera intención, ya que los resultados son mejores si las condiciones clínicas son favorables para el paciente, aunque no debemos olvidar los riesgos que acompaña a una intervención quirúrgica, actualmente es el tratamiento de elección para la Acalasia (21, 15, 27, 30, 36, 53, 55, 64), al menos es la tendencia actual.

Pienso que de primera intención todo paciente con Acalasia se le debe de proporcionar la oportunidad de ser manejado en forma conservadora y si esta no resulta por fracaso, proponerle al paciente la conveniencia de ser intervenido quirúrgicamente (23, 18, 53, 61, 62).

**RESUMEN:** Desde 1672, se ha venido estudiando la Acalasia y se han venido utilizando Métodos variados de tratamiento. Actualmente, la experiencia dejada por muchos investigadores, ha hecho posible, primero en efectuar el buen diagnóstico, segundo en elegir uno de los 2 procedimientos de tratamiento que actualmente están siendo utilizados, o inclusive hacer uso de ambos métodos. Posterior a la Segunda Guerra Mundial, la cirugía inicia una nueva etapa, por lo que la cirugía Torácica y en especial la esofágica se incorpora como nuevo capítulo dentro de la evolución de la Historia de la Medicina.

Los pacientes con diagnóstico de Acalasia deben ser manejados con el Método conservador y si no se logra el objetivo principal, que es la mejoría o curación de paciente, debe intervenirse quirúrgicamente.

Los pacientes manejados conservadoramente presenta mejoría en el 80% de los casos, con la cirugía es un poco mayor, pero con mayor porcentaje de curación.

La tendencia actual es intervenir quirúrgicamente a todos los pacientes utilizando la técnica de Heller (la más usada), acompañada de operación antirreflujo. También son usadas otras técnicas operatorias para la Acalasia, todas con la intención en común de crear mayor amplitud del segmento esofágico desnervado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico clínico debe ser acompañado de estudio radiológico, para corroborarse con el estudio endoscópico. Muchas veces en la mayoría de los casos, no es necesario tomar biopsia para dar la certeza de la enfermedad ya que en ciertas ocasiones se toma la biopsia de la mucosa y no de la capa muscular con el endoscópio. La experiencia del endoscopista es la base para aaceverar el diagnóstico.

El tratamiento Médico con dilatación continua siendo efectivo en el 75-85% de los casos, al menos la curación completa no es posible en un buen porcentaje, pero, sí ofrecerle al paciente una mejoría prolongada de los síntomas.

Actualmente la tendencia actual, es el tratamiento quirurgico de primera intención, ya que los resultados son mejores si las condiciones clinicas son favorables para el paciente, aunque no debemos olvidar los riesgos que acompaña a una intervención quirurgica, actualmente es el tratamiento de elección para la Acalasia (21, 15, 27, 30, 36, 53, 55, 64), al menos es la tendencia actual.

Pienso que de primera intención todo paciente con Acalasia se le debe de proporcionar la oportunidad de ser manejado en forma conservadora y si esta no resulta por fracaso, proponerle al paciente la conveniencia de ser intervenido quirurgicamente (23, 18, 53, 61, 62).

**RESUMEN:** Desde 1672, se ha venido estudiando la Acalasia y se han venido utilizando Métodos variados de tratamiento. Actualmente, la experiencia dejada por muchos investigadores, ha hecho posible, primero en efectuar el buen diagnóstico, segundo en elegir uno de los 2 procedimientos de tratamiento que actualmente están siendo utilizados, o inclusive hacer uso de ambos métodos. Posterior a la Segunda Guerra Mundial, la cirugía inicia una nueva etapa, por lo que la cirugía Toraxica y en especial la esofágica se incorpora como nuevo capítulo dentro de la evolución de la Historia de la Medicina.

Los pacientes con diagnóstico de Acalasia deben ser manejados con el Método conservador y si no se logra el objetivo principal, que es la mejoría o curación de paciente, debe intervenirse quirurgicamente.

Los pacientes manejados conservadoramente presenta mejoría en el 80% de los casos, con la cirugía es un poco mayor, pero con mayor porcentaje de curación.

La tendencia actual es intervenir quirurgicamente a todos los pacientes utilizando la técnica de Heller (la más usada), acompañada de operación antirreflujo. También son usadas otras técnicas operatorias para la Acalasia, todas con la intención en común de crear mayor amplitud del segmento esofágico desnervado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La dilatación esofágica con sondas de Hurst, buscan el mismo propósito pero sin el riesgo inherente a la cirugía. Con esto se logra romper o deshilar las fibras musculares del segmento estenosado para lograr mayor calibre y amplitud para el paso de los alimentos a través del esófago, para que estos alcancen el estomago y desaparezcan los síntomas y signos que aquejan a los pacientes con este padecimiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1.- Dr. Quiroz  
Tratado de Anatomia.
- 2.- Bockus  
Tratado de Gastroenterologia 1978
- 3.- Schuartz, Shires  
Principles of Surgery 1979.
- 4.- Gelfond M ; Rozen  
Effect of nitrates on LOS pressure in achalasia: a pontential  
therapeutic aid.  
Gut 1981 Apr; 22(4):312-8
- 5.- Benjamin SB ; Castell DO  
Achalasia and Hodgkin's disease: a chance association?  
J. Clin Gastroenterol 1981 Jun;3(2):175-8
- 6.- Eastwood GL ; Weiner BH  
Use of ergonovine to identify esophageal spasm in patients -  
with chest pain.  
Ann Intern Med 1981 Jun;94(6):768-71
- 7.- Ferguson SC ; Hodges K.  
Esophageal Manometry in Patients with chest Pain and Normal -  
Coronary Arteriogram.  
Am J Gastroenterol 1981 Feb;75(2):124-7
- 8.- Kline M ; Chesne R.  
Esophageal disease in patients with angina-like chest pain.  
Am J Gastroenterol 1981 Feb;75(2):116-23
- 9.- Raizman RE ; De Rezende JM.  
A clinical trial with pre- and post-treatment manometry com-  
paring pneumatic dilation with bouginage for treatment of Cha  
gas' megaesophagus.  
Am J Gastroenterol 1980 Nov;74(5):405-9
- 10.-Rapeport K ; Bremner CG.  
Marfan's syndrome presenting with achalasia of the oesophagus.  
A case report.  
S Afr Med J 1981 May 16;59(21):766-8
- 11.-Kaye MD.  
Anomalies of peristalsis in idiopathic diffuse oesophageal  
spasm.  
Gut. 1981 Mar;22(3):217-22

- 12.-Willis T.  
The nature of Achalasia  
Gastroenterology, 86, 113 (1956)
- 13.-Wexler RM ; Kaye MD  
Pentagastrin in diffuse oesophageal spasm.  
Gut 1981 Mar;22(3):213-6
- 14.-Ortega JA; Madureri V.  
Endoscopic myotomy in the treatment of achalasia  
Gastrointest Endosc 1980 Feb;26(1):8-10
- 15.-Voyles CR ; Stevens GL.  
Manometric evaluation of esophageal disease.  
South Med J 1981 Jun;74(6):673-5
- 16.-J. Madden.  
Atlas de Técnica en Cirugía, 2a. Edición
- 17.-Casella RR ; Brown AL.  
Achalasia of the esophagus: Pathologic and Etiology Considerations.  
Ann. Surg. 160:474,1964.
- 18.-Dalal JJ ; Dart AM.  
Coronary and peripheral arterial responses to ergometrine in patients susceptible to coronary and oesophageal spasm.  
Br Heart J 1981 Feb;45(2):181-5
- 19.-Bortolotti M ; Lab: o G.  
Clinical and manometric effects of nifedipine in patients with esophageal achalasia.  
Gastroenterology 1981 Jan;80(1):39-44
- 20.-Nelems JM ; Cooper JD.  
Treatment of achalasia: esophagomyotomy with antireflux procedure.  
Can J Surg 1980 Nov;23(6):588-9
- 21.-Debas HT ; Payne WS.  
Physiopathology of lower esophageal diverticulum and its implications for treatment.  
Surg Gynecol Obstet 1980 Nov;151(5):593-600
- 22.-Holloway RH ; de Carle DJ.  
Pneumatic dilatation for the treatment of achalasia.  
Med J Aust 1980 Sep 6;2(5):262-4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

23.-Kaymakcalan H ; Sequeria W.  
 Hypertrophic osteoarthropathy with myogenic tumors of the esophagus.  
 Am J Gastroenterol 1980 Jul;74(1):17-20

24.-Mahboubi S ; Spackman TJ.  
 Multiple congenital anomalies associated with infantile - achalasia.  
 Gastrointest Radiol 1980 Aug 15;5(3):225-8

25.-Schiflett DW ; Wu Wc.  
 Transition form nonspecific motility disorder to achalasia  
 Am J Gastroenterol 1980 Apr;73(4):325-8

26.-Lens J ; Bijvoet H.  
 Preliminary results of a long myotomy with antireflux procedure for achalasia of the oesophagus.  
 Neth J Surg 1980;32(2):49-55

27.-Ballantine TV ; Fitzgerald JF.  
 Transabdominal esophagomyotomy for achalasia in children.  
 J Pediatr Surg 1980 Aug;15(4):457-61

28.-Azizkhan RG ; Tapper D.  
 Achalasia in childhood: a 20-year experience.  
 J Pediatr Surg 1980 Aug;15(4):452-6

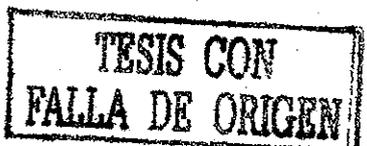
29.-Ellis FH Jr ; Gibb SP.  
 Esophagomyotomy for achalasia of the esophagus.  
 Ann Surg 1980 Aug;192(2):157-61

30.-Silber W.  
 Prifinium bromide - a new antispasmodic.  
 S Afr Med J 1979 Dec 8;56(24):1033-4

31.-Chijimatsu Y ; Hasumi K.  
 Airway obstruction in achalasia.  
 CHest 1980 Aug;78(2):348-50

32.-Ona FV ; Polintan LS.  
 Vigorous achalasia. Manometric response to atropine and nitroglycerin.  
 Arch Intern Med 1980 Aug;140(8):1118-20

33.-Mayberry JF ; Rhodes J.  
 Achalasia in the city of Cardiff from 1926 to 1977.  
 Digestion 1980;20(4):248-52



- 34.-Sanders I.  
New era radiology of the esophagus.  
Am J. Surg 1980 Jun;139(6):749-51.
- 35.-Brewer LA.  
History of surgery of the esophagus.  
Am J. Surg 1980 Jun;139(6):730-43
- 36.-Ott DJ. Gelfand DW.  
Secondary achalasia in esophagogastric carcinoma:re-empha-  
sis of a difficult differential problem.  
Rev Interam Radiol 1979 Jul;4(3):135-9
- 37.-Padovan W : Godoy RA.  
Lower oesophageal sphincter response to pentagastrin in cha-  
gasic patients with megaesophagus and megacolon.  
Gut 1980 Feb;21(2):85-90
- 38.-Tamada R ; Sugimachi K.  
Lymphangioma of the esophagus presenting symptoms of achala-  
sia a case report.  
Jpn J Surg 1980 Mar;10(1):59-62.
- 39.-Griffen WO Jr. ; Bivins BA.  
Cholecystokinin cholecystography in the diagnosis of gallbla-  
dder disease.  
Ann Surg 1980 May;191(5):636-40.
- 40.-Matsden PD ; Alvarenga NJ.  
Attempts to produce megasyndrome in mice using stocks of --  
Trypanosoma cruzi associated with megaesophagus in man.  
Trans R Soc Trop Med Hyg 1979;73(6):651-5.
- 41.-Csendes A. ; Velasco N.  
A prospective randomized study comparing forceful dilata-  
tion and esophagomyotomy in patients with achalasia of the  
esophagus.  
Gastroenterology 1981 Apr;80(4):789-95.
- 42.-Solomon A. ; Krell L.  
Retrograde mucosal prolapse following a Heller's correction  
for achalasia of the esophageal cardia.  
Gastrointest Radiol 1980 Feb 1;5(1):11-2.
- 43.-Griffith JL ; Davis JT.  
A twenty-year experience with surgical management of carci-



noma of the esophagus and gastric cardia.

J Thorac Cardiovasc Surg 1980 Mar;79(3):447-52.

44.-Lanes R. Plotnick LP.

Glucocorticoid and partial mineralocorticoid deficiency associated with achalasia.

J Clin Endocrinol Metab 1980 Feb;50(2):268-70.

45.-Lam CR.

Diagnosis and surgical treatment of "H-type: tracheoesophageal fistulas.

World J Surg 1979 Sep 20;3(5):651-7.

46.-Norton GA ; Postlethwait RW.

Esophageal carcinoma: a survey of populations at risk. South Med J 1980 Jan;73(1):25-7.

47.-Gross R. Johnson LF.

Esophageal emptying in achalasia quantitated by a radioisotope technique.

Dig. Dis. Sci. 1979 Dec;24(12):945-9

48.-Foote GA. Meredith HC.

The silhouette sign and the inferior vena cava.

Radiology 1979 Dec;133(3 Pt 1):583-5

49.-Kaye MD. Demeules JE.

Achalasia and diffuse oesophageal spasm in siblings.

Gut 1979 Sep;20(9):811-4.

50.-Chawla K. Chawla SK.

Familial achalasia of the esophagus in mother and son: a possible pathogenetic relationship.

J Am Geriatr Soc 1979 Nov;27(11):519-21.

51.-Zegel HG. Kressel HY.

Delayed esophageal perforation after pneumatic dilatation for the treatment of achalasia.

Gastrointest Radiol 1979 Aug 15;4(3):219-21.

52.-Okike N. Payne WS.

Esophagomyotomy versus forceful dilation for achalasia of the esophagus: results in 899 patients.

Ann Thorac Surg 1979 Aug;28(2):119-25.

53.-Lopez J. Jr.

Esophageal achalasia after maxillofacial surgery.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- J. Oral Surg 1979 Sep;37(9):676-9.
- 54.-Jara FM. Toledo-Pereyra LH.  
Long-term results of esophagomyotomy for achalasia of esophagus.  
Arch Surg 1979 Aug;114(8):935-6
- 55.-Peeples WJ. El Mahdi AM.  
Achalasia of the esophagus associated with Hodgkin disease  
J Surg Oncol 1979;11(3):213-6
- 56.-Benjamin SB. Gerhardt DC.  
High amplitude, peristaltic esophageal contractions associated with chest pain and/or dysphagia.  
Gastroenterology 1979 Sep;77(3):478-83.
- 57.-Orlando RC. Bozyski EM.  
The effects of pentagastrin in achalasia and diffuse esophageal spasm.  
Gastroenterology 1979 Sep;77(3):472-7
- 58.-Zeller R. McLelland R.  
Idiopathic muscular hypertrophy of the esophagus: a case report.  
Gastrointest Radiol 1979 15 Apr;4(2):121-5
- 59.-Eckrich JD. Winans CS.  
Discordance for achalasia in identical twins.  
Dig. Dis. Sci. 1979 Mar;24(3):221-4
- 60.-Kuylenstierna R. Anggñard A.  
Results of the treatment of achalasia by pneumatic dilatation.  
Acta Otolaryngol (Suppl) (Stockh) 1979;(360):70-3.
- 61.-Sakai P. Ishioka S.  
Treatment of megaesophagus with forced dilatation of cardia through hydrostatic balloon attached to a fiberoesophagoscope.  
Endoscopy 1979 May;11(2):116-20.
- 62.-Tolin RD. Malmud LS.  
Esophageal scintigraphy to quantitate esophageal transit (quantitation of esophageal transit)  
Gastroenterology 1979 Jun;76(6):1402-8
- 63.-Sillin LF; Condon RE



Effective surgical therapy of esophagitis. Experience with Belsey, Hill, and Nissen operations.

Arch Surg 1979 Apr;114(4):536-41

64.-McCallum RW.

Esophageal achalasia secondary to gastric carcinoma. Report of a case and a review of the literature.

Am J Gastroenterol 1979 Jan;71(1):24-9

65.-Vantrappen G. Janssens J.

Achalasia, diffuse esophageal spasm, and related motility disorders.

Gastroenterology 1979 Mar;76(3):450-7

66.-Glasgow JC; Cannon JP.

Colon interposition for benign esophageal disease.

Am J. Surg 1979 Feb;137(2):175-9

67.-Stewart ET. Miller WN.

Desirability of roentgen esophageal examination immediately after pneumatic dilatation for achalasia.

Radiology 1979 Mar;130(3):589-91.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN