

# PSEUDOACALASIA Y CÁNCER DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA

Carlos Artaza\*, Oscar Frisancho\*, Fernando Palacios\*, Lidia Mantilla\*, Américo Palomino y Alejandro Yábar\*.

## RESUMEN

**Evaluamos a una paciente de 86 años, que acudió a consulta por presentar disfagia progresiva desde hace 3 meses, simultáneamente disminuyó 20 Kg de peso. Atendida hace 2 meses en otro centro médico, le tomaron una radiografía que mostró dilatación del lumen esofágico y terminación del esófago en "punta de lapiz"; además un estudio endoscópico, cuyo informe señalaba el cardias normal y múltiples pólipos gástricos.**

**Con las consideraciones antes señaladas se planteó el diagnóstico inicial de acalasia; sin embargo el nuevo examen endoscópico y las biopsias mostraron estenosis cardial secundaria a infiltración neoplásica. La pseudoacalasia debe tenerse presente sobre todo en pacientes mayores de 50 años, con historia reciente de disfagia, y desproporcionada baja ponderal en poco tiempo.**

**Palabras clave: acalasia, pseudoacalasia, cáncer cardial.**

## SUMMARY

**An 86 years old female is evaluated because of 3 months of progressive dysphagia and a 20 kilogram weight loss. An Esophageal X Ray obtained in primary care showed esophageal dilation in terminal portion with a typical achalasia appearance. He had an endoscopy at another center that reported normal cardia and multiple gastric polyps.**

**We initial considerations we focus the case as a typical achalasia, but during our endoscopic evaluation, there was a distal stenosis secondary to neoplastic infiltration. Pseudo-achalasia should be considered in patients 50 or older with recent history of dysphagia and considerable weight loss.**

**Key Words: Achalasia, Pseudo-achalasia, cardiac neoplasia**

## HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 86 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía coronaria (recibe isorbide, captopril y digoxina), acude por presentar desde hace 3 meses un cuadro insidioso y progresivo, caracterizado de disfagia y disminución de peso (20 kg) en ese periodo.

Por esas molestias, hace 2 meses en otro centro hospitalario le realizaron una endoscopia digestiva alta, en el informe se destacan los siguientes datos: "cardias normal, varios polipos gástricos"; las biopsias fueron compatibles con polipos hiperplásicos.

La radiografía mostró el esófago con dilatación moderada, ondas terciarias, y terminación en "punta de lapiz", compatible con acalasia.

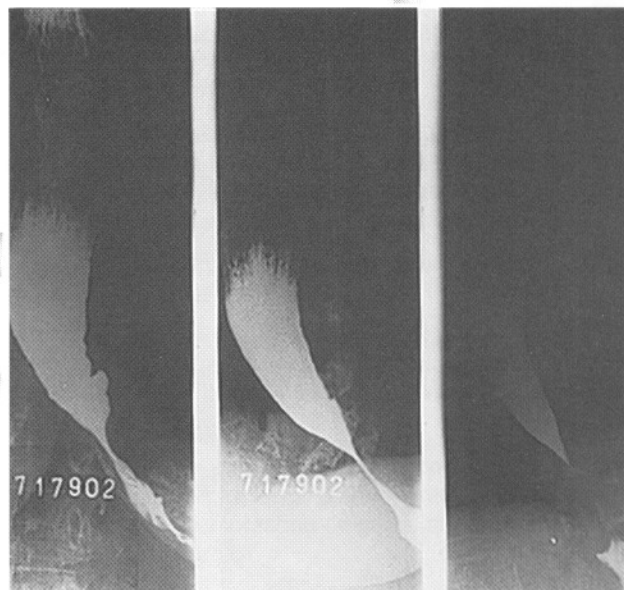
En el examen clínico se encontró a la paciente en buen estado general, lucida y orientada, algo pálida y adelgazada. El examen por sistemas sin alteraciones significativas.

La impresión diagnóstica al ingreso fue de ACALASIA.

Los exámenes auxiliares fueron los siguientes: Hb 12.5 gr, Hto 34.9 %, MCV 82, MCH 27 y MCHC 33, leucocitos 8740 y fórmula normal, glucosa 136 mg%, perfil de coagulación normal, examen de orina normal.

Se realizó un nuevo examen endoscópico alto, observando estenosis anular a 38 cms de la arcada dentaria, tejido estenótico algo pálido, no permitió el avance del instrumento; se pasó una guía de alambre y se dilató con bujías tipo Savary-Guilliard, lo que permitió el paso de un endoscopio pediátrico.

La longitud de la estenosis fue de 4 cms, y estuvo constituida por tejido duro, friable, con aspecto infiltra-



Fotografía 1. Radiografía donde se muestra dilatación del lumen esofágico y terminación en punta de lapiz.

tivo; se realizó cepillado y se tomaron biopsias. El informe del patólogo indicó la presencia de un adenocarcinoma de la unión esofagogástrica.

## COMENTARIO

Presentamos la historia clínica de una paciente de edad avanzada, con disfagia reciente, y gran baja de

\* Dpto del Aparato Digestivo, Hospital nacional "Eduardo Rebagliati martins" - EsSALUD, Lima Peru

peso para el tiempo transcurrido, con un estudio endoscópico negativo (2 meses antes) para el área cardial y una radiografía de esófago "típica" de acalasia; sin embargo el diagnóstico final correspondió a una neoplasia epitelial infiltrativa del área cardial.

Este caso corresponde a una pseudoacalasia, término que se aplica para designar a las entidades con hallazgos clínicos, endoscópicos o aun manométricos que simulan acalasia, y que sin embargo corresponden a otro tipo de problemas (1-3).

Clínicamente la pseudoacalasia se diferencia de la acalasia en tres puntos: los pacientes generalmente son mayores de 50 años, la historia de disfagia es relativamente reciente y se acompaña de una importante baja ponderal en éste corto periodo de tiempo (4-5)

El 50% de los casos de pseudoacalasia corresponde a adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, como en el presente caso, en el que las células neoplásicas invaden los plexos mientéricos del esófago (6).

Por otro lado, 5% de todos los diagnósticos de acalasia con sustento endoscópico y manométrico van a corresponder a pseudoacalasia (7).

La pseudoacalasia puede ser producida por un cáncer infiltrativo cardial o gástrico, la infestación esofágica por *Tripanosoma cruzi* (Enfermedad de Chagas), síndromes paraneoplásicos -por la probable liberación de sustancias que alteran la actividad esofágica- entre otros (3).

Reportamos el presente caso, por ser típico de pseudoacalasia, y para recalcar en la importancia de plantear diagnósticos diferenciales.

Oscar E. Frisancho  
Calle 28 #126 Córpac, Lima 27  
Ofrive@hotmail.com

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Song CW, Chun HJ, Kim CD, Ryu HS, Jun JH and Kahrilas PJ. Association of pseudoachalasia with advancing cancer of the gastric cardia. *Gastrointest Endosc* 1999; 50:486-491.
- 2.- Kahrilas PJ, Kirsk SM, Helm JF, Dodds WJ, Harig JM and Hogan WJ. Comparison of pseudoachalasia and achalasia. *Am J Med* 1987; 82:439-446.
- 3.- Liu W, Fackler W, Rice TW, Richter JE, Achkar E and Goldblum JR. The pathogenesis of pseudoachalasia: a clinicopathologic study of 13 cases of a rare entity. *Am J Surg Pathol* 2002; 26:784-788.
- 4.- Moonka R, Patti MG, Feo CV, Arcerito M, De Pinto M, Horgan S and Pellegrini Ca. Clinical presentation and evaluation of malignant pseudoachalasia. *J Gastrointest Surg* 1999; 3:456-461.
- 5.- Iacone C, Maffi C, Pascazio C and Sciacca V. Recurrent gastric carcinoma causing pseudoachalasia: case report. *Dis Esophagus* 2000; 13:87-90.
- 6.- Mazure PA, Zelter AR, Salis GB and Chiocca JC. Megaesophagus secondary to carcinoma of the cardia: apropos of 4 cases. *Acta Gastroenterol Latinoam* 1984; 14:135-138.
- 7.- Martinez C, Targarona EM, Sainz S, Cerdan G, Novell J and Trias M. Pseudoachalasia: a diagnosis to consider in the assessment of dysphagia. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23:14-15.