

# ACALASIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

## REPORTE DE CASO CLÍNICO

MD Beltetón E.<sup>(1)</sup> MD Farrington C.<sup>(2)</sup> MD Cuevas C.<sup>(3)</sup> MD Polanco MT.<sup>(4)</sup> MD de la Cruz A.<sup>(5)</sup>  
1. MSc Medicina Crítica 2. MSc Gastroenterología Pediátrica 3. MSc Cirugía Pediátrica 4. MSc Radiología 5. MSc Pediatría

### INTRODUCCIÓN

Degeneración progresiva de células ganglionares en el plexo mientérico de la pared esofágica, y el resto de ellas están frecuentemente rodeadas por linfocitos, y eosinófilos que afectan la producción de óxido nítrico, que está implicado en la relajación del esfínter inferior y en la pérdida de esta inervación en el resto del cuerpo del esófago produciendo pérdida del peristaltismo. Incidencia: 1.6 / 100,000 antes de la adolescencia y una prevalencia de 10 / 100,000 individuos; muy extraño en la población pediátrica, 10% de todos los casos. Clínica: Disfagia para sólidos (91%) y líquidos (85%). Regurgitación de alimentos blandos no digeridos o saliva (76 a 91%).

### CASO CLÍNICO

**Datos Generales:** Paciente femenina Guatemalteca de 11 años de edad, procedente de un área rural de Salamá Baja Verapaz.

**MC:** Tos persistente de 4 años de evolución.

**Historia de la Enfermedad:** Padre refiere que en los últimos 2 meses la tos empeora al momento de dormir. Ha tomado múltiples medicamentos para tos que no han sido efectivos. Refiere haber tenido fiebre intermitente para lo que ha recibido antibiótico en múltiples ocasiones. En el ultimo año ha perdido peso (15lbs).

**Examen Físico:** Peso: 60Lbs.(27kgs.) Talla :139cms.

Evaluación Nutricional: IMC13.97 por debajo del 5to percentil según tablas de la CDC. Signos vitales: Temperatura: 36.5c. Saturación de O<sub>2</sub>: 90%, resto de signos vitales en rango normal.

Estado general: Complexión delgada, mucosa oral semi húmeda y pálida.

Cardiovascular: S1-S2 en límite normal.

Pulmonar: Sibilancias y crepítos basales bilaterales. No déficit respiratorio.

### Nuevos Datos:

Hematología: Hb:12.9g/dl. WBC: 6,700 Gran:52%, Lymph: 40% Mon 7.8 PLT 314000.

**Anticuerpos de Chagas:** Negativo

**Broncoscopía:** Cultivo positivo Klebsiella Pneumoniae

### ESPIROMETRÍA



### Rayos X de Tórax A/P

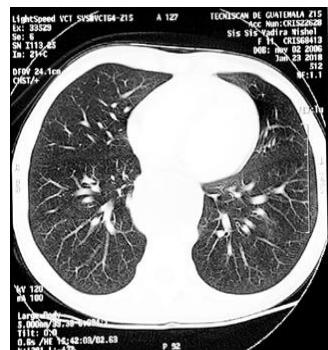


Evidencia de ensanchamiento mediastinal



Parénquima pulmonar libre de infiltrados

### TAC TORÁCICA



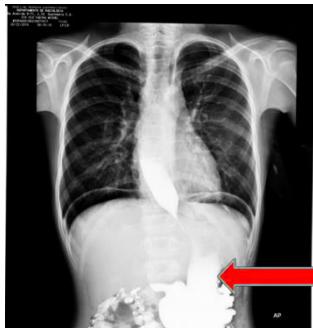
Visión coronal. Se evidencia una marcada dilatación esofágica

**Endoscopía:** Esófago: Diámetro ≥ 6cm sin peristaltismo. Se evidenció un significativo material líquido residual material y placas blancas recubriendo la mucosa.

Estrechez en la unión esofagogastrica con dificultad para el paso del endoscopio.

Estómago: Antró, cuerpo y fondo con edema y eritema leve. Duodeno normal.

Tratamiento Quirúrgico: Miotomía de' Heller + Funduplicatura



### BIBLIOGRAFIA

1. Sadowski DC, Ackah F, Jiang B, Svennson LW. Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study. Neurogastroenterol Motil 2010; 22:e256-261.
2. Reynolds JC, Pakman HP. Achalasia. Gastroenterol Clin North Am 1989; 18: 223-255.
3. Goldblum JR, Whyte RI, Orringer MB, Appelman HD. Achalasia. A morphologic study of 42 resected specimens. Am J Surg Pathol 1994; 18:327-337.
4. Goldblum JR, Rice TW, Richter JE. Histopathologic features in esophagomyotomy specimens from patients with achalasia. Gastroenterology 1996; 111: 648-654.
5. Ott DJ, Richter JE, Chen YM, et al. Esophageal radiography and manometry: correlation in 172 patients with dysphagia. AJR Am J Roentgenol 1987; 149: 307- 311.