



El esófago es un órgano que tiene forma de tubo, mide en torno a 25 centímetros y comunica la boca y la orofaringe con el estómago.

Intestino delgado, colon, estómago, páncreas... Con tantos órganos imprescindibles para el buen funcionamiento del sistema digestivo que pueden dejar de funcionar correctamente y causar enfermedades, **¿quién se acuerda del esófago?** Este órgano también es fundamental para una adecuada nutrición y puede alterarse y ocasionar trastornos como la **acalasia**, que es poco frecuente pero tiene un gran impacto en la calidad de vida.

El esófago es un órgano que tiene forma de tubo, **mide en torno a 25 centímetros** y comunica la boca y la orofaringe con el estómago. "No es un tubo inerte", advierte **Francisco Javier Casado**, jefe de sección de Aparato Digestivo y profesor asociado de Medicina en el **Hospital Universitario Clínico San Cecilio**, de Granada. "Es un órgano que **está vivo y tiene la misión de mover y exprimir el bolo alimenticio** para que baje hacia el estómago".

Esta *tubería viva* funciona con movimientos peristálticos, es decir, va contrayéndose de forma rítmica empujando la comida hasta la cavidad gástrica. **Gonzalo Guerra**, cirujano general y digestivo del **Centro Médico-Quirúrgico de Enfermedades Digestivas (CMED)**, relata lo que sucede cuando se producen alteraciones: "Si no funciona bien, si esas contracciones no son suficientemente rítmicas o suficientemente eficaces o no están sincronizadas, tendremos **dificultades para tragar**". Es lo que sucede cuando aparece la **acalasia**, en la que los alimentos ingeridos llegan con mucha dificultad al estómago debido a esa imposibilidad del esófago para empujarlos correctamente, dando lugar a "**episodios de atragantamiento**, de retención de los alimentos en el propio esófago o, incluso, de **regurgitación de la comida**", agrega Guerra.

Un órgano controlado por células nerviosas

El esófago tiene dos válvulas, una arriba y otra abajo: el esfínter superior y el inferior, que tienen que estar cerrados para **evitar que la comida pueda refluir** tanto del estómago hacia el esófago como del esófago hacia la vía aérea (los pulmones). "Esas válvulas se abren cuando tragamos para que la comida pase al esófago y es entonces cuando se inicia el **movimiento peristáltico que va exprimiendo la comida hasta que llega al estómago**", precisa Casado. "En el momento en que se inicia ese movimiento, la válvula de abajo, el cardias, se abre para que pase el bolo alimenticio e inmediatamente después se cierra para evitar el reflujo de ácido hacia el esófago", añade. De ahí la importancia de la coordinación en el cierre de los esfínteres y en el movimiento propio del esófago.

Las encargadas de que esos movimientos se produzcan de forma adecuada y en el momento preciso son unas células nerviosas -plexos mientéricos-, que son **algo así como un sistema nervioso propio del esófago** y que está regulado también por el sistema nervioso central, el sistema simpático y parasimpático. Cuando esas células se alteran y van desapareciendo por causas aún desconocidas, "el movimiento del esófago se deteriora y su expresión máxima de alteración es la **acalasia**", resalta Casado.

La **acalasia**, infrecuente pero bien conocida

La acalasia no es la enfermedad más frecuente del esófago; de hecho, se considera rara. Pero sí es, probablemente, la mejor caracterizada dentro de los trastornos de la movilidad de este órgano. **Andrés Sánchez-Yagüe**, especialista de la **Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD)** y del Hospital Costa del Sol, explica en qué consiste: “Es una enfermedad en la que se produce una alteración por la que el músculo del esfínter esofágico inferior no se relaja, **dificultando el paso de la comida del esófago al estómago**. Al no poder pasar de forma natural, acaba haciéndolo por presión, es decir, según se va acumulando, empuja hasta superar la resistencia del esfínter esofágico inferior. Esta retención de la comida hace que el esófago se dilate con el tiempo”.

No se trata de una enfermedad mortal ni maligna, pero afecta de forma muy significativa a la calidad de vida del paciente y, en ausencia de tratamiento, puede llevar a la **desnutrición y pérdida excesiva de peso**.

Diagnóstico y tratamiento de la acalasia

Por fortuna, aunque la acalasia suele ser de causa desconocida y no tiene cura, existen **diversas opciones de tratamiento** que permiten controlar sus síntomas para que los afectados puedan volver a alimentarse correctamente y sin molestias.

El primer síntoma de estos pacientes suele ser, según Sánchez-Yagüe, “una dificultad para la deglución y sensación de que la comida no pasa al estómago, que técnicamente se denomina disfagia”. Ante este problema, se suelen hacer dos pruebas: **endoscopia y esofagograma**. La primera permite ver el interior del esófago. “En el caso de la acalasia, el endoscopista notará una resistencia a la hora de pasar el esfínter esofágico”, comenta el especialista. En algunos pacientes se puede observar dilatación del esófago cuando la enfermedad está avanzada.

El esofagograma es una prueba radiológica que se realiza **tomando una papilla con un material de contraste**, al tiempo que se realiza una película con rayos X. “En esta prueba se puede ver una imagen típica en *pico de loro* que dificulta el vaciado del esófago y que corresponde a la **falta de relajación del esfínter esofágico inferior** propia de la acalasia”, describe Sánchez-Yagüe.

Cuando se sospecha una acalasia tras realizar alguna de las dos pruebas anteriores, se debe realizar una **manometría esofágica**, que es un procedimiento en el que se pasa una sonda hasta el estómago para medir las presiones del esófago y el esfínter esofágico inferior mientras el paciente bebe agua.

Las opciones para tratar este trastorno son diversas y se han ido ampliando en los últimos tiempos. Guerra expone las dos técnicas más importantes, la endoscópica y la quirúrgica:

- La **técnica endoscópica** consiste en hacer dilataciones del esfínter esofágico inferior con un balón neumático. Se introduce una especie de globo con el endoscopio que se hincha cuando se encuentra a la altura de la válvula.
- La **técnica quirúrgica** más empleada se llama **miotomía de Heller** y actualmente se hace por laparoscopia. Consiste en destruir las fibras musculares del esófago en el nivel del esfínter inferior para permitir que la comida pueda progresar hacia el estómago. “Tiene unos resultados excelentes de manera general”, asegura Guerra.