

4. Colombato LA, Álvarez F, Côté J, Huet PM. Autoimmune cholangiopathy: The result of consecutive primary biliary cirrhosis and autoimmune hepatitis? *Gastroenterology* 1994; 107: 1839-1843.
5. Álvarez F, Berg PA, Bianchi FB, Bianchi L, Burroughs AK, Cancado EL et al. International Autoimmune Hepatitis Group Report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. *J Hepatol* 1999; 31: 929-938.
6. Solís JA. Colangiopatía autoinmune. *Gastroenterol Hepatol* 1996; 19: 213-216.
7. Castellano G, Sánchez P. Colangitis autoinmune. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23 (Supl 1): 14-23.
8. Czaja AJ. Frequency and nature of the variant syndromes of autoimmune liver disease. *Hepatology* 1998; 28: 360-365.

### LA DIFICULTAD DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE SEUDOACALASIA DE ORIGEN TUMORAL

**Sr. Director:** De las diversas enfermedades que pueden simular una acalasia esofágica, tanto en la forma de presentación como en los hallazgos de las pruebas diagnósticas, la afección más relevante por su importancia pronóstica es la neoplasia de localización cardial. Recientemente se ha publicado en su revista un caso de adenocarcinoma de esófago con clínica y exploraciones complementarias compatibles con el diagnóstico de acalasia<sup>1</sup>. La presentación en nuestro medio de un caso similar nos mueve a hacer algunas consideraciones.

Varón de 51 años que acudió a nuestro centro por disfagia esofágica para sólidos y líquidos de un mes de evolución. Como únicos antecedentes había sido fumador hasta hacía 12 años y había tenido un episodio de angina hacía cinco. Inicialmente se practicó un esofagograma baritado que fue normal. Se trató empíricamente con omeprazol sin conseguirse la remisión de la clínica por lo que 4 meses después se practicó gastroscopia que no mostró ninguna alteración. Durante los meses siguientes persistió la disfagia por lo que al año y medio del comienzo del cuadro se repitió el esofagograma baritado. En esta ocasión se detectó una ligera dilatación del esófago con imagen afilada en su porción distal sugerente de acalasia. Se practicó manometría esofágica que mostró esfínter esofágico inferior (EEI) con presión basal aumentada (56 mmHg) que no se relajaba adecuadamente tras la deglución. Además existía una aperistalsis en el tercio inferior esofágico en forma de ondas terciarias de gran amplitud (> 400 mmHg) y duración (12 s), todo ello compatible con el diagnóstico de acalasia vigorosa. La pH-metría no reveló reflujo ácido gastroesofágico patológico. Se solicitó nueva gastroscopia para toma de biopsias del cardias en la que se apreció una mínima irregularidad en la zona de la unión. La visión en retroflexión de la zona cardial evidenció la presencia de una placa infiltrativa que rodeaba el cardias y que interrumpía abruptamente los pliegues fúndicos (fig. 1). Se tomaron biopsias que demostraron la existencia de un adenocarcinoma gástrico bien diferenciado. La tomografía axial computarizada (TAC) para estudio de extensión puso de manifiesto dilatación preestenótica moderada del esófago distal y engrosamiento de la zona cardial. Sometido el paciente a cirugía, se practicó gastrectomía total con reconstrucción en «Y» de Roux. El estudio anatomopatológico mostró un adenocarcinoma de tipo intestinal con extensas áreas mucinosas que infiltraba la grasa perigástrica y afectaba a dos ganglios de la curvatura menor gástrica (T<sub>3</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>).

Un aspecto que quizá merezca algún comentario es el mecanismo mediante el cual una neoplasia puede producir un cuadro tan similar al de una patología motora. Algunos autores sugieren una infiltración tumoral del plexo mientérico<sup>2</sup>, mientras que otros apuntan a la reacción motora del esófago distal a la obstrucción<sup>3</sup>. Wook et al<sup>4</sup> realizaron estudio manométrico a 21 pacientes con neoplasia de cardias mostrando que la primera alteración en aparecer es la hipertonia del EEI, mientras que la pérdida de la peristalsis ocurre en fases más tardías todo ello en relación con la progresión de la afección circunferencial del cardias. Estos resultados podrían sugerir que el origen de las alteraciones motoras está en el fenómeno obstructivo producido por el crecimiento del tumor. Tanto en nuestro caso como en el publicado por Martínez et al<sup>1</sup> existían ondas terciarias de elevada amplitud lo que podría representar el intento del esófago distal de vencer la obstrucción antes de claudicar en etapas posteriores.

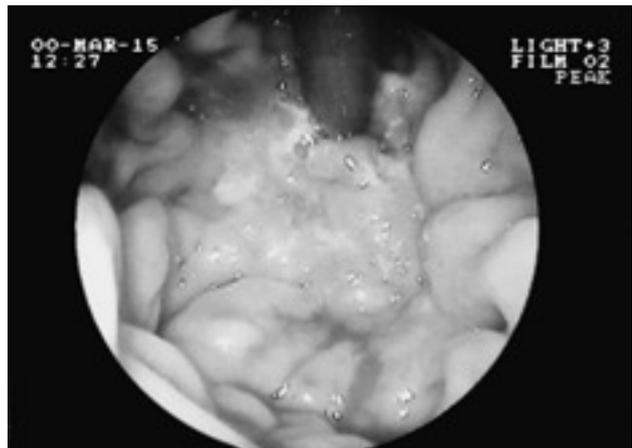


Fig. 1: Visión endoscópica de la vertiente gástrica del cardias donde se aprecia neoplasia infiltrante que interrumpe abruptamente los pliegues fúndicos.

La pseudoacalasia es relativamente frecuente y probablemente más de la mitad de los casos sean debidos a patología neoplásica<sup>5</sup>. Debido a ello es fundamental un diagnóstico correcto precoz. La clínica, sin embargo, no es de gran ayuda. Aunque la corta duración de los síntomas, la presentación en etapas tardías de la vida y la pérdida inusual de peso se han invocado como datos indicativos de neoplasia<sup>6</sup>, en la práctica tienen poca especificidad para la diferenciación de ambas entidades. La duración de la disfagia de nuestro paciente era de un mes en el momento de la evaluación inicial lo que podría hacer sospechar en patología tumoral, pero era relativamente joven y no presentaba pérdida de peso ni síndrome constitucional. La manometría tampoco aporta datos diferenciadores. En algunas series<sup>6</sup> los pacientes con pseudoacalasia tumoral como grupo tienen mayor presión basal del EEI pero con amplia variación interindividual lo que anula su valor discriminativo. La elevada presión basal del EEI de nuestro paciente no ayudó a su diagnóstico correcto. El esofagograma baritado es poco específico, ya que puede ser normal como en varios casos de la serie de Wook et al<sup>4</sup>, o ser morfológicamente sugestivo de acalasia como ocurre en el caso de Martínez et al<sup>1</sup> y en el nuestro. Por tanto, la endoscopia en este contexto parece fundamental. Sin embargo, la normalidad de esta exploración no debe descartar el diagnóstico de pseudoacalasia tumoral. Recientemente se ha descrito el caso de un paciente en el que se descubrió el tumor cardial durante la realización de una miotomía de Heller laparoscópica y que durante el proceso diagnóstico fue sometido a gastroscopia que resultó normal<sup>7</sup>. Incluso con la toma rutinaria de biopsias de la mucosa cardial puede haber falsos negativos. En la serie de Ponce y et al<sup>5</sup> de 6 pacientes con pseudoacalasia tumoral tres precisaron más de una gastroscopia con biopsias para ser correctamente diagnosticados y en otro paciente el tumor fue identificado durante la cirugía. A pesar de esto pensamos que, en el marco del estudio de la disfagia en general y de los trastornos motores primarios esofágicos en particular, debe practicarse gastroscopia con toma de biopsias de cardias tanto en la vertiente esofágica como en la gástrica aunque la mucosa sea macroscópicamente normal. Se ha propuesto el uso de técnicas de imagen como la TAC como ayuda para el diagnóstico diferencial. Así datos morfológicos como el engrosamiento asimétrico o mayor de 10 mm de la pared del esófago cardial serían indicadores de pseudoacalasia<sup>8</sup>. Sin embargo, no está suficientemente definido el poder discriminatorio de estos hallazgos por lo que creemos que la ecoendoscopia debe ser la técnica de elección para el diagnóstico precoz de pseudoacalasia tumoral en los pacientes que están siendo evaluados por sospecha de trastorno motor primario esofágico.<sup>9</sup>

M. BUSTAMANTE, F. DEVESA, M.J. FERRANDO Y A. BORGHOL  
Unidad de Aparato Digestivo.  
Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez C, Targarona EM, Sainz S, Cerdán G, Novell J, Trias M. Pseudoacalasia: un diagnóstico a considerar en la evaluación de la disfagia. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 14-15.

2. Kolodny M, Schrader ZR, Rubin W, Hochman R, Slesinger MH. Esophageal achalasia probably due to gastric carcinoma. *Ann Intern Med* 1968; 69: 569-573.
3. Menin R, Fisher RS. Return of esophageal peristalsis in achalasia secondary to gastric cancer. *Dig Dis Sci* 1981; 26: 1038-1044.
4. Wook C, Jai H, Duck C, Sang H, Hai J, Kahrilas P. Association of pseudoachalasia with advancing cancer of the gastric cardia. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 486-491.
5. Ponce J, Garrigues V, Nos P, García E, Siles S, Del Val A. Pseudoachalasia esofágica relacionada con neoplasia. *Rev Esp Enferm Digest* 1993; 83: 1-4.
6. Tucker HJ, Snape WJ Jr, Cohen S. Achalasia secondary to carcinoma: manometric and clinical features. *Ann Intern Med* 1978; 89: 315.
7. Moonka R, Pellegrini CA. Malignant pseudoachalasia. *Surg Endosc* 1999; 13: 273-275.
8. Carter M, Deckmann RC, Smith RC, Burrell MI, Traube M. Differentiation of achalasia from pseudoachalasia by computed tomography. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 624-628.
9. Faigel DO, Deveney C, Phillips D, Fennelty MB. Biopsy-negative malignant esophageal stricture: diagnosis by endoscopic ultrasound. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2257-2260.

## EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. ¿QUIÉN DEBE INFORMAR?

**Sr. Director:** En el pasado mes de julio se ha publicado en su revista un artículo original de Parera et al que nos aproxima a la opinión de los enfermos sobre el consentimiento informado en una unidad de endoscopias<sup>1</sup>. Tras su lectura me gustaría realizar algunas reflexiones sobre los resultados y opiniones que en dicho artículo se exponen, especialmente en la coordinación de la información suministrada por el médico responsable y el endoscopista al paciente pendiente de una exploración endoscópica.

En un primer apartado de valoraciones, los autores analizan las circunstancias relacionadas con el temor hacia el documento informativo y la finalidad del mismo. En este punto no puedo compartir su opinión de que exista "un descenso en el deseo de recibir información" en una sociedad como la actual en donde existe un grupo poblacional importante con un nivel educativo adecuado y que tiene acceso a la información médica por vías extrasanitarias (medios de comunicación, Internet). Quizás podamos asumir que todavía existe un grupo social, compuesto por personas de edad avanzada, con mínima formación cultural, y en donde la exigencia de información es baja o inexistente. Respecto a la afirmación de que "en la actualidad el paciente no tiene una opinión excesivamente positiva del consentimiento informado", dicha circunstancia puede ser una consecuencia de la cultura tradicional que sobre la información ha capitalizado la actividad asistencial hasta hace pocos años y en donde la ausencia de una adecuada relación verbal con el enfermo condiciona que toda la información y responsabilidad de la información recaiga sobre un papel, que en sí mismo constituye el primer y único paso del proceso informativo. En este contexto es lógico que el paciente considere que dicho documento presente una función estrictamente jurídica encaminada a la protección legal del profesional médico, en vez de constituir el paso final de una información progresiva. Creo, además, que el enfermo debe ser consciente de que él es el único titular del derecho a consentir lo que puede contribuir a una mejor percepción y valoración del consentimiento informado al ver incrementado su protagonismo en la toma de decisiones. Esto sólo es posible cuando la relación médi-

co-enfermo adquiere una dimensión horizontal en la que el enfermo perciba la existencia de un diálogo en ambas direcciones, en contraposición al modelo tradicional de corte vertical caracterizado por una información unidireccional con una mínima participación del interesado. Coincido con los autores en que esta nueva cultura de la información no ha calado en la totalidad de los enfermos, tampoco lo ha hecho en muchos profesionales, pero en los próximos años constituirá el contexto de relación médico-enfermo.

Al final del artículo los autores esbozan uno de los principales conflictos que, al menos en el ámbito hospitalario, se establece sobre la responsabilidad en la información al enfermo sometido a una endoscopia digestiva; en definitiva, quién debe informarlo sobre la indicación, técnica y complicaciones de esta exploración. Bajo mi punto de vista, la responsabilidad recae tanto en el médico responsable del enfermo como en el endoscopista, aunque los contenidos y objetivos de su información pueden ser diferentes. Por una parte, el médico responsable del enfermo tiene la obligación de informar a su paciente sobre las circunstancias relativas a su proceso clínico que hacen necesaria la realización de una endoscopia digestiva con la finalidad de que el enfermo comprenda la utilidad diagnóstica y/o terapéutica de la misma. El ámbito de esta información es únicamente clínico, con una finalidad informativa y con la obtención de un consentimiento tácito para llevar a cabo la exploración endoscópica, si bien es cierto que puede ir acompañada de una información general sobre los aspectos básicos de esta técnica diagnóstica. Por su parte, el endoscopista debe informar sobre aquellos aspectos directamente relacionados con la exploración que él realiza ya que es el responsable legal de todos aquellos acontecimientos que puedan derivarse de su acción, especialmente en las técnicas endoscópicas intervencionistas (polipectomías, esfinterotomías, etc.) donde las complicaciones pueden adquirir una relevancia vital. En este contexto, el ámbito de la información es principalmente técnico y su finalidad es la de informar sobre la técnica y sus complicaciones con objeto de solicitar el consentimiento del enfermo, esta vez por escrito tal como prevé la Ley General de Sanidad. Surge entonces un nuevo conflicto referente a cómo informar a un paciente ambulatorio cuyo primer contacto con el endoscopista se realiza el mismo día que va a realizar la prueba diagnóstica. Es difícil establecer un método que garantice en estos casos una información progresiva, no puntual, con capacidad de diálogo que permita resolver las dudas del enfermo y con la intimidad necesaria que garantice su confidencialidad. Probablemente este hecho se ve dificultado por la falta de una adecuada infraestructura hospitalaria que en algunos aspectos, como el de la intimidad, dificulta el proceso informativo. Pese a ello los profesionales médicos tenemos la responsabilidad de impulsar nuevas iniciativas encaminadas a un cambio real en el hábito de la información y la mejor forma de iniciarlo es la corrección de aquellas costumbres que no se sitúen en este nuevo contexto; por ejemplo, la entrega del documento por parte de una enfermera o auxiliar en el pasillo o antesala, momentos previos a la exploración, y cuyo único diálogo lo constituye la frase "tiene usted que firmar aquí...".

Finalmente quisiera felicitar a los doctores Parera et al por esta interesante aportación que permite abrir un nuevo foro de discusión encaminado al debate de diferentes conflictos éticos que afectan a la práctica diaria de la gastroenterología y la hepatología.

B. ACEA NEBRIL  
Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Parera de Cáceres A, González Asanza C, Melchén Fernández-Pacheco, Senent Sánchez C, Jiménez Alexander J, Vaquero Martín J et al. Encuesta de opinión sobre el consentimiento informado en una unidad de endoscopia digestiva. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 317-321.