

PERFORACIÓN ESOFÁGICA DURANTE MIOTOMÍA EXTENDIDA □ DE HELLER LAPAROSCÓPICA

AUTORES:

Hernández Gutiérrez J. Servicio Cirugía General C.H.Toledo

Aranzana Gómez AF. Servicio Cirugía General C.H.Toledo

Muñoz Jiménez B. Servicio Cirugía General C.H.Toledo

Álvaro Ruiz C. Servicio Cirugía General C.H.Toledo

Fraila Alonso I. Servicio Cirugía General C.H.Toledo

Toral Guinea P. Servicio Cirugía General C.H.Toledo

Kasniqi G. Servicio Cirugía General C.H.Toledo

Morlán López MA. Jefe de Servicio. Servicio Cirugía General C.H.Toledo

Sanchez-Camacho Gonzalez-Carrato P. Servicio Radiodiagnóstico C.H.Toledo

CORRESPONDENCIA: hernandezgutierrez.j@gmail.com

Hernández Gutiérrez, Jara

Residente de 4º año de Cirugía General y del Aparato Digestivo

C.H. Toledo. Avenida Barber 30, 45071 Toledo

CITAR COMO:

HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, J; ARANZANA GÓMEZ, AF; MUÑOZ JIMÉNEZ, B; ÁLVARO RUIZ, C; FRAILE ALONSO, I; TORAL GUINEA, P; KASNIQI, G; MORLÁN LÓPEZ, MA; SANCHEZ-CAMACHO GONZALEZ-CARRATO, P. - PERFORACIÓN ESOFÁGICA DURANTE MIOTOMÍA EXTENDIDA DE HELLER LAPAROSCÓPICA - Seclaendosurgery.com (en línea)

2017, nº 52. Disponible en Internet: http://www.seclaendosurgery.com/secla/index.php?option=com_content&view=article&id=677&Itemid=665

ISSN: 1698-4412

MINI-ABSTRACT

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico. Su tratamiento mediante cirugía mínimamente invasiva es el que ha mostrado los mejores resultados.

ABSTRACT

PERFORACIÓN ESOFÁGICA DURANTE MIOTOMÍA EXTENDIDA DE HELLER LAPAROSCÓPICA.

Introducción y objetivos: La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico. El abordaje toracoscópico o laparoscópico asociado a procedimiento antirreflujo es el que ha mostrado los mejores resultados en cuanto a morbimortalidad y recidivas, siendo hoy día el tratamiento más indicado.

Métodos: Mujer de 60 años diagnosticada de acalasia. Se aportan las pruebas

complementarias de interés. Presentamos el video de la intervención con la realización de una miotomía extendida de Heller por laparoscopia, incluso cuando ocurre una perforación esofágica intraoperatoria.

Resultados: Paciente intervenido mediante abordaje laparoscópico realizando miotomía extramucosa de Heller extendida con perforación esofágica intraoperatoria en unión esofagogástrica, asociando técnica antirreflujo anterior tipo Dor. Buen curso postoperatorio. Asintomática y con control radiológico correcto a los 8 meses de la cirugía.

Conclusión: El abordaje laparoscópico es de elección en el tratamiento quirúrgico de la acalasia, consiste en una miotomía de Heller extendida asociada a una técnica antirreflujo. La perforación intraoperatoria de la mucosa esofágica dificulta siempre el procedimiento, siendo necesario insistir en completar la miotomía para evitar la recidiva de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Acalasia, Miotomia de Heller, Cirugía laparoscopica.

INTRODUCCIÓN

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores primarios del esófago.

El tratamiento de esta patología ha evolucionado, pasando por el tratamiento médico farmacológico, endoscópico con dilatación, quirúrgico convencional con abordaje torácico o abdominal y últimamente con abordaje toracoscópico o laparoscópico asociado a procedimiento antirreflujo; este último es el que ha mostrado los mejores resultados en cuanto a morbimortalidad y recidivas, siendo hoy día el tratamiento más indicado.

Una de las complicaciones que conlleva este procedimiento es la perforación de la mucosa esofágica, más frecuente a nivel de la unión esofagogástrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una paciente mujer de 60 años diagnosticada de acalasia, que presentaba una marcada dilatación esofágica en el EGD preoperatorio.

Se exponen las exploraciones complementarias e iconografía de interés:

- Endoscopia: Gastroscopia. Esófago algo dilatado con contracciones terciarias. A nivel de esófago distal estenosis puntiforme con mucosa de aspecto normal y que se flanquea sin dificultad pasando a estómago. Hallazgos sugestivos de achalasia primaria. Estómago con mucosa pálida que deja ver la red vascular submucosa, con disminución de pliegues gástricos. Biopsias de antro y cuerpo negativas.
- Manometria: no realizada por negativa de la paciente.
- TC toraco-abdominal: Dilatación esofágica hasta unión esófago gástrica donde se observa estenosis (en pico de ave). Hallazgos en relación con Achalasia.
- Transito esofágico en bipedestacion: aumento del calibre del esófago por falta de relajación a nivel del EEI. Sugestivo de trastorno Achalastico.

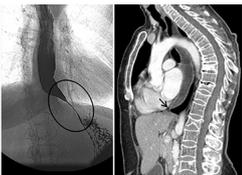


ILUSTRACIÓN 1 EGD y TC. Tránsito esofágico en bipedestación, se objetiva aumento de calibre del esófago por falta de relajación a nivel del esfínter esofágico inferior (círculo), sugestivo de acalasia. En TC se objetiva dilatación esofágica hasta unión esófago-gástrica donde se observa estenosis “en pico de ave” (flecha), hallazgos en relación con acalasia.

Presentamos el video de la intervención quirúrgica, el objetivo es mostrar la realización de una miotomía extendida de Heller por laparoscopia, incluso cuando ocurre una perforación esofágica intraoperatoria.

RESULTADOS

Paciente intervenido quirúrgicamente mediante abordaje laparoscópico con 5 trócares.

Comenzamos la intervención mediante la disección del hiato esofágico, exponiendo suficiente esófago abdominal y ambos pilares diafragmáticos. Identificación del vago anterior preservándolo, se realiza miotomía extramucosa de Heller extendida, de más de 10 cm medida incluyendo 3 cm distales a la unión esofagogástrica. Durante el acto quirúrgico se objetiva perforación mucosa en unión esofagogástrica que dificulta la realización de la miotomía por fibrosis, disección de fibras proximales y distales a la perforación. Se realiza sutura de la perforación con puntos alternos de material reabsorbible, comprobación con azul de metileno la estanqueidad de la mucosa esofágica. Asociando una técnica antirreflujo anterior tipo Dor fijada a los pilares y ambos bordes de miotomía con colocación de drenaje.

Buen curso postoperatorio. Ingesta al 4^º día postoperatorio tras control radiológico con contraste hidrosoluble.



La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, se caracteriza por un aumento de las presiones del EEI, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico.

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, se caracteriza por un aumento de las presiones del EEI, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico.

El inicio de la sintomatología es insidioso y va progresando de forma gradual. El síntoma más frecuente es la disfagia para sólidos (91%) y para líquidos (85%), otro síntoma que puede acompañar es dolor torácico retroesternal, regurgitaciones del contenido esofágico (76-91%) y pérdida de peso ¹⁰.

Para su diagnóstico es importante realizar una buena historia clínica y descartar otras causas de disfagia como pueden ser el cáncer de esófago, la estenosis péptica u otros trastornos motores esofágicos. Para ello disponemos de un amplio arsenal diagnóstico: el tránsito esofagogastroduodenal que muestra signos característicos como la dilatación del cuerpo esofágico o el afinamiento de la unión esofagogástrica, la endoscopia permite descartar otras enfermedades, la manometría permite confirmar el diagnóstico al objetivar una aperistalsis del cuerpo esofágico y pHmetría (indicada siempre que el paciente refiera clínica compatible con ERGE) ⁹.

El tratamiento de esta patología ha evolucionado, pasando por el tratamiento médico farmacológico de escasa eficacia, endoscópico con dilatación o quirúrgico convencional con abordaje torácico o abdominal y últimamente con abordaje toracoscópico o laparoscópico asociado a procedimiento antirreflujo; este último es el que ha mostrado los mejores resultados en cuanto a morbilidad y recidivas, siendo hoy día el tratamiento más indicado.

Además durante los últimos años, con el desarrollo de técnicas endoscópicas más avanzadas, se ha desarrollado una nueva técnica endoscópica para el tratamiento de esta patología; la técnica POEM (del inglés: Per Oral endoscopic myotomy). Se trata de una miotomía selectiva menos invasiva que el tratamiento quirúrgico. Esta técnica es segura y eficaz aunque las guías clínicas consideran necesaria una mayor experiencia antes de su recomendación⁹. La técnica

consiste en una incisión en la mucosa esofágica, seguida de la creación de un túnel submucoso que cruza la unión esofagogástrica y miotomía, y posterior sutura del orificio de apertura en la mucosa con la colocación de un clip, quedando el esfínter esofágico inferior con presiones normales y permitiendo su relajación. El reflujo gastroesofágico es uno de los efectos adversos de la técnica con tasas del 10 al 20% de RGE posterior a POEM ⁸.

El tratamiento endoscópico con dilatación es eficaz en un primer momento, pero precisa nuevas dilataciones por recidiva de la sintomatología (30-45%). Además presenta una tasa destacable de complicaciones como pueden ser la hemorragia o la perforación del esófago (2-15%)¹. Está indicado en pacientes que rechacen el tratamiento quirúrgico o que tienen un elevado riesgo quirúrgico ⁹.

La acalasia tiene indicación de tratamiento quirúrgico con una tasa de éxito superior al 90%. Está indicada en pacientes sin contraindicación quirúrgica como primera opción terapéutica o en aquellos pacientes en los que han fracasado otros tratamientos.

El abordaje laparoscópico mediante 5 trócares, con el paciente en decúbito supino y con las extremidades inferiores abiertas y en posición de ligero anti-Trendelemburg. La disposición de los trócares es un trocar de 5-10mm en línea media xifoidea, un trocar de 10 mm en línea media supraumbilical, un trocar de 5 mm subcostal en hipocondrio derecho, un trocar de 5-10 mm subcostal en hipocondrio izquierdo y por ultimo un trocar de 5mm inferior, en hipocondrio izquierdo.

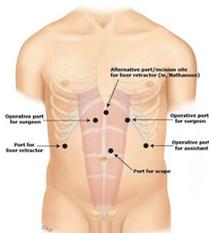


ILUSTRACIÓN 3: Esquema que muestra los puntos de inserción de los trócares ¹².

En cuanto a la técnica quirúrgica, consiste en la realización de una miotomía mediante una sección única y total de la musculatura esofágica de forma longitudinal sobre la cara anterior del esófago, a unos 2 cm del cardias. Esta técnica se denomina miotomía extramucosa de Heller.

Existe controversia respecto a la asociación o no de un procedimiento antirreflujo y también sobre la longitud de la miotomía.

Nosotros realizamos una miotomía extramucosa extendida de Heller, que consiste en una miotomía extendida de más de 10 cm de longitud incluyendo 3 cm distales a la unión esofagogastrica. Asociamos una técnica antirreflujo funduplicatura anterior tipo Dor (90°), fijando el primer punto al apex del orificio hiatal y el resto, 2 o 3 mas, al borde derecho de la miotomía y al pilar derecho. Otra alternativa es la funduplicatura tipo Toupet (posterior 270°), no existe consenso sobre cuál de las 2 técnicas tiene mejores resultados. La Funduplicatura anterior tipo Dor evita la movilización del estómago durante la disección inicial, produce una menor alteración de la anatomía, permite cubrir la mucosa esofágica en caso de que se produzca una perforación y es más fácil y rápida de realizar ¹². Las ventajas de la técnica de Toupet son que supone un mecanismo antirreflujo más efectivo y mantiene separados los bordes de la miotomía, lo que evita la posible recidiva.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la acalasia son la perforación esofágica con una incidencia de 1-7% ¹², lesión pleural, lesión de un tronco vagal condicionando una gastroparesia que podría favorecer el reflujo gastroesofágico.

La perforación esofágica no suele pasar inadvertida, ya que durante el procedimiento quirúrgico el cirujano objetiva la salida de aire, saliva, etc. lo que permite su diagnóstico precoz y por tanto su tratamiento mediante sutura. En caso de apreciar intraoperatoriamente una perforación se recomienda realizar una funduplicatura tipo Dor.

También pueden producirse complicaciones a largo plazo como es la persistencia de la disfagia lo que puede estar en relación con una miotomía insuficiente, o el reflujo gastroesofágico, siendo más frecuente cuando no se asocia una técnica antirreflujo durante el procedimiento ².

CONCLUSIONES

El abordaje laparoscópico es de elección en el tratamiento quirúrgico de la acalasia, siendo la miotomía de Heller extendida asociada a una técnica antirreflujo la técnica que ha demostrado mejores resultados. La longitud de la miotomía, especialmente debajo de la unión esofagogástrica es uno de los aspectos más importantes de la cirugía, la mayoría de los autores recomiendan que la miotomía se extienda 1-2 cm en el estómago, nosotros al igual que Pellegrini proponemos ampliar la miotomía hasta 3 cm por debajo de la UEG para conseguir una disrupción efectiva del EEI. La perforación intraoperatoria de la mucosa esofágica dificulta siempre el procedimiento, siendo necesario insistir en completar la miotomía para evitar la recidiva de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vazquez de Echarri, J. *Tratamiento laparoscopico de la acalasia. Guía Clínica de cirugía Endoscópica. AEC. Capitulo 22.*
2. Mora, F. *Trastornos Motores del musculo liso. Guía Clínica de cirugía Esofagogástrica. AEC. Capitulo 10.*
3. Spechler SJ. *American gastroenterological association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. Gastroenterology 1999; 117:229.*
4. Vaezi MF, Pandolfino JE, Vela MF. *ACG clinical guideline: diagnosis and management of achalasia. Am J Gastroenterol 2013; 108:1238.*
5. Sadowski DC, Ackah F, Jiang B, Svenson LW. *Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study. Neurogastroenterol Motil 2010; 22:e256.*
6. Boeckxstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. *Achalasia. Lancet 2014; 383:83.*
7. Lynch KL, Pandolfino JE, Howden CW, Kahrilas PJ. *Major complications of pneumatic dilation and Heller myotomy for achalasia: single-center experience and systematic review of the literature. Am J Gastroenterol 2012; 107:1817.*
8. Swanstrom LL, Kurian A, Dunst CM, Sharata A, Bhayani N, Rieder E. *Long-term outcomes of an endoscopic myotomy for achalasia: the POEM procedure. Ann Surg 2012; 256: 659-667*
9. *Guidelines for the Surgical Treatment of Esophageal Achalasia. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons.*
10. Spechler, S J. *Clinical manifestations and diagnosis of achalasia. Uptodate. April 2016.*

11

.▯ *Spechler, S J. Overview of the treatment of achalasia. Uptodate. April 2016.*

12

.▯ *Oelschlager, B K. Surgical myotomy for achalasia. Uptodate. April 2016.*

13

.▯ *Vaezi MF, Pandolfino JE, Vela MF. ACG clinical guideline: diagnosis and management of achalasia. Am J Gastroenterol 2013; 108:1238.*