



VC-006 - MANEJO DE LA ACALASIA TRAS ESCLEROTERAPIA: UN RETO QUIRÚRGICO

Alonso Carnicero, Patricia; Sarriugarte Lasarte, Aingeru; Alonso Calderón, Eva; Villalabeitia Ateca, Ibabe; Sendino Cañizares, Patricia; Álvarez Abad, Irene; Errasti de Olarte Coeche, Gaizka; Colina Alonso, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico que cursa con déficit de relajación del esfínter esofágico inferior. El principal objetivo de las terapias existentes consiste en disminuir la obstrucción distal para mejorar el tránsito. Esto se puede llevar a cabo mediante rotura mecánica de las fibras del esfínter esofágico inferior, ya sea quirúrgica o endoscópicamente, o disminuyendo la presión de dicho esfínter con la inyección de fármacos. Algunos estudios han reportado varios casos de acalasia tratados mediante escleroterapia con etanolamina, basándose en el efecto necrotizante de la misma sobre las capas musculares.

Casos clínicos: Presentamos 3 casos de acalasia que han precisado reintervención quirúrgica. El primer caso, varón que tras escleroterapia, presenta abscesos periesofágicos y mediastinitis, precisando cirugía para su resolución, y otra cirugía posteriormente para tratar la acalasia. El segundo caso, un varón que tras instilación de etanolamina, presenta recidiva de acalasia, realizándose una laboriosa intervención mediante laparotomía de miotomía de Heller, en la que se produce una perforación gástrica inadvertida, con un postoperatorio prolongado que precisó varias reintervenciones. El tercer caso, cuya intervención quirúrgica objetivamos en el video, trata de un varón de 67 años diagnosticado de acalasia en 1997, tratada mediante escleroterapia con etanolamina. Tras varios años sin seguimiento, el paciente consulta por disfagia cada vez mayor, hasta la casi total intolerancia oral. Se realiza esofagograma que objetiva una importante dilatación esofágica con estenosis inferior, compatible con acalasia. Dado el antecedente previo de escleroterapia, previendo una cirugía técnicamente compleja, se decide realizar gastroscopia con dilatación neumática. En la misma se observa importante cantidad de restos alimentarios con megaesófago. Dado los antecedentes del paciente se realiza prueba con dilatación de menor calibre a la habitual en acalasia con balón esofágico de 18 mm observando que no aparece muesca en cardias, si bien a la retirada del balón dilatador se observa una dislaceración mucosa en la cara anterior, por lo que se decide no realizar más dilataciones. El caso es presentado en sesión multidisciplinar, decidiéndose intervención quirúrgica. En la misma observamos una acalasia con importante engrosamiento de capas musculares a nivel de unión esofago gástrica con importante fibrosis del plano submucoso debido a intervencionismo previo, realizando miotomía de Heller laboriosa y funduplicatura anterior de Dor. El postoperatorio es favorable, siendo alta al 5º día postoperatorio tolerando dieta túrmix. En el seguimiento posterior, el esofagograma muestra una clara mejoría y el paciente tolera dieta corriente.

Discusión: La manipulación del esfínter esofágico endoscópicamente para el tratamiento de la acalasia, ya sea mediante la inyección de toxina butolínica o etanolamina, son técnicas que pueden recidivar y no están exentas de complicaciones. Además, la aplicación de dichos métodos puede producir un engrosamiento y fibrosis en la zona del esfínter que haga más compleja una cirugía posterior en el caso de ser necesaria. Aunque la inyección de toxina butolínica puede estar indicada en casos seleccionados que contraindiquen una cirugía o una dilatación mecánica, estos últimos son los mejores métodos para el tratamiento de la acalasia.