



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-026 - ESOFAGOFUNDOSTOMÍA TRANSGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA COMO ALTERNATIVA EN PACIENTE CON ACALASIA AVANZADA Y ESÓFAGO SIGMOIDEO

Naranjo Checa, Carolina<sup>1</sup>; Navarro Morales, Laura<sup>2</sup>; García Moriana, Antonio Jesús<sup>2</sup>; Jerí Mc Farlane, Sebastián<sup>3</sup>; Alarcón del Agua, Isaías<sup>2</sup>; López Bernal, Francisco<sup>2</sup>; Socas Macías, María<sup>2</sup>; Morales-Conde, Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>3</sup>Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

### Resumen

**Introducción:** La modificación de Zaaier de la cardiomiectomía de Heller es el tratamiento estándar para la acalasia, alcanzando resultados satisfactorios en más del 85% de los casos. Pero casi un 5% de los pacientes presentan una acalasia avanzada y en estos casos, dicha técnica tiene pobres resultados, debido a que presentan un esófago muy dilatado y poco o nada funcional. A este problema hay que sumarle que las alternativas de tratamiento en las recurrencias de disfagia tras una miotomía de Heller son limitadas. Históricamente, incluyen un *re-do* de la miotomía, dilataciones con balón o incluso la esofagectomía. En estas dos circunstancias, ya sea por esófago sigmoide o tras fallo del procedimiento estándar, podemos añadir a nuestro arsenal terapéutico otras técnicas quirúrgicas, como la esofagogastrostomía, ya descrita por Heyrovsky en 1913, un procedimiento que ha sufrido varias modificaciones en los últimos años.

**Caso clínico:** Presentamos a un paciente de 84 años con hipertensión, diabetes tipo II y una colecistectomía abierta con dos reintervenciones posteriores. El paciente presenta disfagia progresiva y varias hospitalizaciones en los últimos dos meses, por disfagia a líquidos y por hematemesis; todas ellas manejadas de forma conservadora. La endoscopia digestiva alta realizada en el ingreso por la hematemesis, mostró un esófago muy dilatado y una úlcera Forrest IIb en la unión gastroesofágica por esofagitis retencional. El escáner y el tránsito baritado objetivaron un megaesófago y datos de acalasia, y la manometría, una acalasia tipo II con una pobre relajación del esfínter esofágico inferior, una elevada presión de reposo (45,8 mmHg) y aperistalsis del cuerpo esofágico. En este paciente seleccionado, en el que otros procedimientos hubiesen incrementado la morbimortalidad, decidimos realizar una cardioplastia laparoscópica (esofagofundostomía grapada transgástrica laparoscópica con anastomosis latero-lateral) asistida por endoscopia intraoperatoria. El paciente fue dado de alta dos días después de la intervención, asintomático y tolerando dieta blanda. Dos semanas después se realizó un tránsito baritado que confirmó un adecuado vaciamiento esofágico.

**Discusión:** En pacientes seleccionados, con esófagos muy dilatados y sigmoideos, la esofagocardioplastia puede ser una alternativa eficaz como tratamiento primario. Esta técnica también se podría emplear después del fallo de otros procedimientos, en casos como recurrencia de la disfagia después de una miotomía de Heller.