



V-062 - UNA MIOTOMÍA, UNA TRANSGRESIÓN Y UNA PERFORACIÓN

García-Melón, Abel; González López, Rocío; Navarro Quirós, Gisela; Conde Rodríguez, María; Monjero Ares, Inmaculada; Vereá Varela, Sabela; Vázquez González, Irene; Conde Vales, José

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico infrecuente, con una etiología poco conocida y un amplio espectro de tratamientos paliativos; que van, desde tratamientos endoscópicos hasta quirúrgicos. El actual tratamiento *gold standard*: la miotomía de Heller Laparoscópica con funduplicatura parcial, está siendo superado por la miotomía endoscópica (POEM). El reflujo gastroesofágico posterior al procedimiento, es nuevamente un tema de preocupación; ya que su incidencia aumenta con el POEM.

Caso clínico: Hombre de 34 años con acalasia tipo II de 2 años de evolución, Eckardt 5, con endoscopia digestiva alta (EDA) que destaca importante dilatación esofágica con retención alimentaria, sin alteraciones mucosas y cardias espástico con resistencia al paso. El tránsito esofagogastroduodenal muestra dilatación del tercio medio y distal esofágico de 6cm, secundario a estenosis distal de 2cm, con forma de “pico de pájaro”. Grado II de Rezende. Vaciamiento lento esofágico sin ondas terciarias. La manometría de alta resolución objetiva patrón obstructivo con presurización panesofágica, presión de relajación del EEI elevada, compatible con acalasia tipo II de la clasificación de Chicago 4.0, y episodios de acortamiento esofágico. Se realiza miotomía de Heller extendida (8 cm esofágicos y 3 cm gástricos), tras individualización de nervio vago anterior izquierdo, y funduplicatura tipo Dor robótica. Comprobación endoscópica intraoperatoria. Alta a las 24 h con dieta túrmix y evolución favorable. Al mes posoperatorio, consulta por dolor retroesternal súbito tras transgresión dietética. En TAC se objetiva impactación esofágica sin datos de perforación. Se realiza EDA urgente que visualiza bolo alimentario impactado en esófago distal: extracción con cesta de Roth, cardias con resistencia al paso del endoscopio, cambios posfunduplicatura. Ante empeoramiento clínico posterior con taquicardia, fiebre, dolor retroesternal y elevación de reactantes de fase aguda, se repite TAC con contraste oral que confirma fuga a nivel de pared anterior de esófago inferior y colección mediastínica asociada. Laparoscopia urgente: desmontaje de funduplicatura, localización de perforación, drenaje de colección mediastínica y sutura primaria de esófago. Comprobación de estanqueidad con endoscopia intraoperatoria e implante de prótesis totalmente cubierta de 20 × 110 mm fijada con clips para reforzar sutura y mantener cardias permeable. Yeyunostomía de alimentación. Posoperatorio favorable, retirada de endoprótesis a los 15 días, sin evidencia de fugas y paso amplio a cavidad gástrica, sin estenosis. Tolerancia progresiva a dieta túrmix. Actualmente en seguimiento sin clínica de reflujo, Eckardt 0-1.

Discusión: Es ampliamente aceptado el uso de *stents* en el tratamiento de las perforaciones

esofágicas. Así mismo, también se han empleado como tratamiento para la acalasia, desde que De Palma *et al.* lo describieron en 1998. Inicialmente se indicaba en pacientes con enfermedad terminal, sin respuesta a otros tratamientos. Otros grupos los han utilizado como tratamiento primario. Actualmente, se describen mejores resultados con *stents* de 30 mm implantados durante menos de 1 semana, con tasas de migración más bajas (6%) y tasas de remisión < 80% a 2 años, pero a expensas de más dolor torácico. Por ello, es una buena alternativa terapéutica en casos como el descrito, que asocia ambas entidades clínicas.