



## Técnica de Serra-Dória. Un buen recurso para el tratamiento de la acalasia esofágica recidivada

**Sr. Director:**

Se considera que la cirugía es la solución definitiva para el tratamiento de la acalasia, y habitualmente se practica una miotomía longitudinal en la cara anterior del esófago distal, junto con un procedimiento antirreflujo, aunque esto último es más debatido<sup>1</sup>. A pesar de que la cirugía tiene éxito hasta en el 97,6%<sup>2</sup>, en un pequeño porcentaje de pacientes puede aparecer disfagia<sup>3</sup>. La disfagia postoperatoria puede producirse por 4 grandes causas: una cardiomiectomía incompleta; una indicación inapropiada de la técnica en casos de megaesófago grave; persistencia de reflujo gastroesofágico (RGE) con esofagitis, y la aparición de fibrosis en el lugar de la miotomía. Las dos primeras serían causa de la recidiva precoz, mientras que las dos últimas condicionarían la aparición de una disfagia tardía<sup>3</sup>. En los casos de recidiva precoz, el tratamiento más aceptado es la reintervención quirúrgica, con una nueva miotomía y con resección esofágica, respectivamente. Pero, cuando la disfagia aparece de forma tardía –por fibrosis o por RGE–, las adherencias del esófago a las estructuras vecinas dificultan la disección quirúrgica y aumentan la probabilidad de lesiones graves. En esas ocasiones, la técnica de Serra-Dória<sup>4</sup> puede ser de gran utilidad. Ésta consiste en la realización de una anastomosis gastroesofágica laterolateral según la técnica de Gröndhal<sup>5</sup> (en una o dos capas, manual o mecáni-

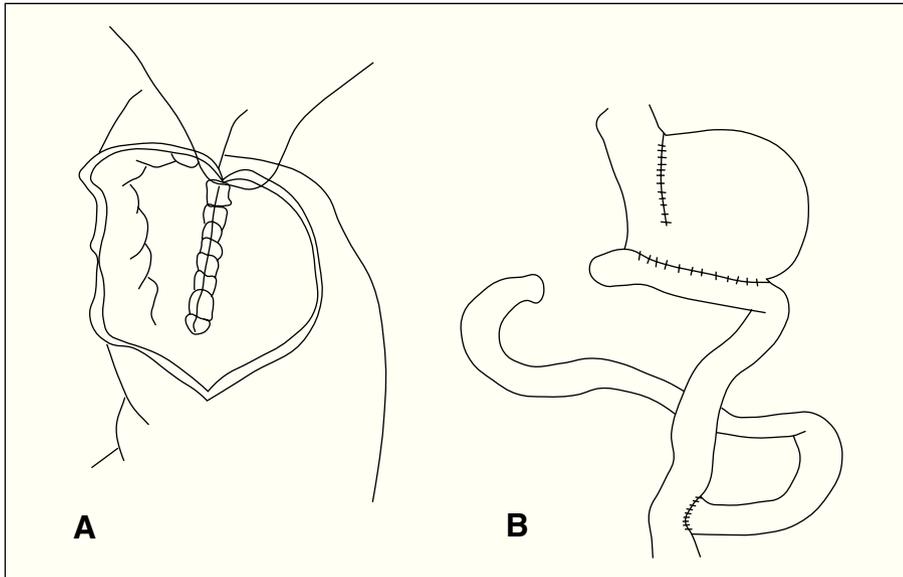


Fig. 1. Técnica de Serra-Dória en dos tiempos. A: cardioplastia según la técnica de Gröndahl, mediante gastrotomía y anastomosis gastroesofágica laterolateral. B: gastrectomía parcial con anastomosis gastroeyunal en Y de Roux.

ca) y una gastrectomía parcial con anastomosis gastroeyunal en Y de Roux como mecanismo antirreflujo (fig. 1). Recientemente atendimos en nuestro servicio a una paciente de 53 años por recidiva de la disfagia 14 años después de una cardiomiectomía por acalasia. En este caso se pudo proceder según la técnica de Serra-Dória, con buenos resultados clínicos y endoscópicos tras 1 año de seguimiento. La recidiva de la acalasia tras la cirugía es tan infrecuente que pocos grupos cuentan con un número de pacientes elevado; sin embargo, Ponciano et al<sup>3</sup> publicaron en 2004 sus buenos resultados con esta técnica en 20 pacientes. Esos autores comunicaron una supervivencia del 100% tras la cirugía, con un 5% de complicaciones postoperatorias inmediatas (2 fístulas anastomóticas, 2 disfagias transitorias y 1 neumotórax). Asimismo, comunicaron que todos sus pacientes habían mejorado en el postoperatorio tardío, con un 6% de disfagia moderada, un 12% de regurgitación y un 17% de acidez. Por lo tanto, de acuerdo con otros autores y según nuestra propia experiencia<sup>3</sup>, esta técnica es una alternativa eficaz y factible en casos de acalasia esfágica recidivada, ya que se puede realizarla de forma relativamente

sencilla y con baja morbilidad y mejora significativamente los síntomas de disfagia.

**David Martínez Ramos, Javier Escrig Sos,  
Vicente Ángel Yepes y José Luis Salvador Sanchís**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Hospital General de Castellón. Castellón. España.

#### Bibliografía

1. Parrilla-Paricio P, Martínez-de Haro L, Ortiz Escandell A. Cirugía esofagagástrica. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Arán; 2001.
2. Csendes A. Results of surgical treatment of achalasia of the esophagus. Hepatogastroenterology. 1991;38:474-80.
3. Ponciano H, Ceconnello I, Alves L, Ferreira BD, Gama-Rodrigues J. Cardioplasty and Roux-en-Y partial gastrectomy (Serra-Dória procedure) for reoperation of achalasia. Arq Gastroenterol. 2004;41:155-61.
4. Serra-Dória OB, Silva-Dória OM, Silva-Dória OR. Nova conduta cirúrgica para o tratamento do megaesôfago (técnica de Serra-Dória). An Paul Med Cir. 1970;97:115-21.
5. Gröndahl NB. Cardioplastik Ved Cardiospasmus. Nord Kirurgisk Förenings. 1916;11:236-204.