



## Cartas al Director

# Tratamiento laparoscópico de la acalasia de cardias. Análisis de resultados y reflexiones sobre la técnica

## Laparoscopic treatment of achalasia of the cardia. Analysis of results and reflections on the technique

Sr. Director:

En relación con el artículo remitido por Feliu et al.<sup>1</sup>, publicado en esta revista, sobre el tratamiento laparoscópico de la acalasia de cardias, nos gustaría realizar algunas consideraciones. En primer lugar, queríamos felicitar a los autores por los buenos resultados clínicos, consistentes en una reducción significativa de la disfagia, regurgitaciones y dolor torácico, tras la miotomía de Heller y la funduplicatura parcial anterior mediante abordaje laparoscópico con una media de seguimiento de los pacientes entre 4 y 5 años. No obstante, nos llama la atención que, tratándose de un trastorno motor esofágico cuyo diagnóstico de certeza se obtiene mediante un estudio manométrico, no se haga alusión ni a las características manométricas preoperatorias ni se incluya la manometría intraluminal esofágica en el control postoperatorio de los pacientes. También nos ha sorprendido cómo el dolor torácico, más propio de formas vigorosas que típicas de acalasia, fue un síntoma más prevalente que las regurgitaciones en contra de lo observado por otros autores<sup>2</sup>; ¿estaríamos entonces ante un grupo de pacientes constituido mayormente por formas vigorosas?, ¿conllevaría esto algún cambio en nuestra actitud o aplicación del tratamiento? Del mismo modo, creemos que los datos radiológicos, sobre todo el grado de dilatación del esófago, deben ser tenidos en cuenta en la valoración inicial y después de la cirugía. Por otra parte, entendemos que la evaluación objetiva del reflujo gastroesofágico (RGE) mediante pH-metría ambulatoria de 24 h solo se realizó en los pacientes que referían síntomas de RGE, cuando es

sabida la existencia de un elevado porcentaje de pacientes operados que se encuentran asintomáticos pero que presentan tasas de RGE patológico en el estudio pH-métrico<sup>2</sup>, lo que puede conducir a la aparición de esofagitis grave y esófago de Barrett<sup>3</sup>. Por esto se recomienda realizar esta prueba con cierta periodicidad e incorporar tratamiento médico con prontitud una vez detectado dicho reflujo. En conclusión, aunque la valoración clínica tras la cirugía de la acalasia de cardias es fundamental, esta debe ser de por vida completando el seguimiento con pruebas objetivas ya que frecuentemente no existe correlación entre los síntomas y los resultados de las exploraciones complementarias. Así como el tratamiento de la acalasia de cardias es solo fisiopatológico, la enfermedad puede evolucionar con el paso del tiempo o bien aparecer complicaciones que no siempre tendrán traducción clínica.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Feliu X, Besora P, Clavería R, Camps J, Salazar D, Viñas X, et al. Laparoscopic treatment of achalasia: analysis of results and reflections on the technique. *Cir Esp*. 2011; 89:82-6.
2. Ortiz A, De Haro LF, Parrilla P, Lage A, Perez D, Munitiz V, et al. Very long-term objective evaluation of heller myotomy plus posterior partial fundoplication in patients with achalasia of the cardia. *Ann Surg*. 2008;247:258-64.
3. Csendes A, Braghetto I, Burdiles P, Korn O, Csendes P, Henríquez A. Very late results of esophagomyotomy for patients with achalasia: clinical, endoscopic, histologic,

manometric, and acid reflux studies in 67 patients for a mean follow-up of 190 months. *Ann Surg.* 2006;243:196-203.

David Ruiz de Angulo\*, M. Ángeles Ortiz,  
Luisa F. Martínez de Haro y Vicente Munitiz

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital  
Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [druizdeangulo@hotmail.com](mailto:druizdeangulo@hotmail.com)  
(D. Ruiz de Angulo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los  
derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.04.029

## Respuesta de los autores

### Authors' reply

Sr. Director:

Hemos leído con interés y agradecemos los comentarios a nuestro artículo sobre acalasia<sup>1</sup> realizados por Ruiz de Angulo et al. En líneas generales, compartimos gran parte de las consideraciones que refieren y queríamos aclarar algunas de sus apreciaciones.

La acalasia causa graves molestias a los pacientes que la sufren. Un 90% precisa modificar sus hábitos alimentarios y un 76% los de dormir<sup>2</sup>. El estudio manométrico pre y postoperatorio, al igual que el grado de dilatación radiológica del esófago, son datos que consideramos muy relevantes, si bien su valoración no era el objetivo de nuestro trabajo, que únicamente quería analizar los resultados del tratamiento laparoscópico de la acalasia. Un 95% de nuestros pacientes están satisfechos con el resultado de la cirugía, habiendo mejorado sensiblemente su calidad de vida. Esto es lo más importante para nosotros y da sentido a nuestro trabajo diario.

Tal como exponemos en la discusión de nuestro trabajo, parece claro que la miotomía puede favorecer un RGE posterior y que, estos pacientes, se debaten en la dualidad de presentar una acalasia o un RGE como consecuencia de la miotomía. Además, para acabarlo de complicar, también sabemos que más del 10% de las acalacias se acompañan de patología esófago-gástrica concomitante<sup>3</sup>. Por ello, resulta complejo establecer cuál es el papel real de cada síntoma en estos pacientes. Conocíamos que la regurgitación es más prevalente que el dolor torácico en la mayoría de series. Sin embargo, el hecho de que en nuestro estudio sea lo contrario no creemos que tenga ninguna transcendencia clínica y, probablemente, sea debido a que la serie es corta o que hemos hipervalorado el dolor torácico en la recogida de datos. En ningún caso sería motivo de modificar actitudes de tratamiento.

En cuanto al estudio pH-métrico postoperatorio, Ruiz de Angulo et al. aconsejan realizar esta prueba con cierta periodicidad, mientras en nuestra serie sólo la realizamos a pacientes con síntomas de RGE. Compartimos el concepto pero

debemos reconocer que, en nuestro medio, nuestros pacientes se han mostrado muy reacios a realizarse pruebas invasivas postoperatorias cuando la mejora de su sintomatología era evidente. Probablemente, nosotros mismos, al ver esta mejoría clínica que presentaban tampoco hemos insistido como debiéramos.

En definitiva, el objetivo del tratamiento de la acalasia es paliar los síntomas de la obstrucción esofágica. La miotomía laparoscópica consigue un control muy satisfactorio de estos síntomas con una mínima morbilidad, convirtiéndola en una alternativa de primer orden en el tratamiento de esta singular enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Feliu X, Besora P, Clavería R, Camps J, Salazar D, Viñas X, et al. Laparoscopic treatment of achalasia: analysis of results and reflections on the technique. *Cir Esp.* 2011;89:82-6.
2. Barry L, Ross S, Dahal S, Morton C, Okpaleke C, Rosas M, et al. Laparoendoscopic single-site Heller myotomy with anterior fundoplication for achalasia. *Surg Endosc.* 2011;25:1766-74.
3. Berindoague R, Targarona E, Feliu-Palà X, Balagué C, Martínez C, Hernández P, et al. Unusual upper gastrointestinal diseases associated with achalasia: laparoscopic approach. *Surg Endosc.* 2007;21:719-23.

Xavier Feliu

Servicio de Cirugía General, Hospital General d'Igualada, Igualada,  
Barcelona, España

Correo electrónico: [16255xftp@comb.es](mailto:16255xftp@comb.es)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los  
derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.07.005