

Esofagomiotomía de Heller videolaparoscópica por Acalasia: reporte de caso.

Videolaparoscopic Heller esophagomyotomy due to Acalasia: case report

Herrera, Ana⁽¹⁾; Parada, Arturo⁽¹⁾

¹Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Ciudad Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dra. Ana Herrera anayoliherrod@gmail.com

Recibido: 02-10-2019 Aceptado: 14-11-2019

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 18 años de edad, que es evaluada en la unidad de Hospital de Día, con historia de 8 meses de dificultad para deglutir alimentos sólidos, tolerando únicamente la ingestión de alimentos líquidos, asociado a regurgitaciones nocturnas por lo que consulta a médico particular quien realiza exámenes complementarios y la refiere a esta unidad para tratamiento. Al examen físico no presenta alteraciones, persistiendo con disfagia por lo que se programa para realizar esofagomiotomía de Heller videolaparoscópica.

Palabras clave: acalasia, esofagomiotomía de Heller, videolaparoscópica.

Abstract

We present the case of an 18 years-old woman, who is evaluated at the day hospital unit, with a history of 8 months of difficulty swallowing solid foods, tolerating only liquids, associated with nocturnal regurgitations. She consults a private doctor who performs complementary tests and refers her to this unit for treatment. Patient does not present alterations to the physical

examination, but persisting with dysphagia. She is programmed for videolaparoscopic Heller esophagomyotomy.

Keywords: achalasia, Heller's esophagomyotomy, videolaparoscopic.

Introducción

La acalasia se define como un desorden esofágico de tipo motor primario y de etiología desconocida que es caracterizado por la pérdida de peristalsis esofágica y una relajación insuficiente del esfínter esofágico inferior en la manometría.⁽¹⁾ Se han manejado varias propuestas fisiopatológicas, como pérdida de células ganglionares en el plexo mientérico, degeneración del nervio vago y degeneración del núcleo motor dorsal del nervio vago, etc. La hipótesis más aceptada sugiere que la acalasia puede estar causada por factores virales y autoinmunes, que desencadenan la cascada inflamatoria con pérdida de neurotransmisores inhibitorios y daño del plexo mientérico.⁽²⁾ El cuadro clínico se inicia principalmente con disfagia que se acompaña de regurgitación de alimentos y saliva desprovista de ácido gástrico o bilis, identificando el sabor de la comida ingerida.⁽¹⁾

El diagnóstico involucra una adecuada historia clínica, endoscopia superior que puede mostrar dilatación del cuerpo esofágico y cardias puntiforme, imagen en pico de pájaro.⁽³⁾ La manometría de alta resolución nos permite realizar la clasificación de Chicago: 1. Acalasia clásica, 2. Acalasia con compresión y 3. Acalasia espástica. El tratamiento de esta patología puede ser médico, endoscópico y quirúrgico, es importante tener en cuenta que si no se trata puede convertirse en un megaesofago o esófagosigmoideo.

A continuación, se presenta el caso de una paciente que es admitido en la unidad de Hospital de día, que se manejó de manera mínimamente invasiva para resolver el problema de acalasia a través de una Miotomía de Heller videolaparoscópica.

Presentación de caso

Paciente femenina de 18 años, residente de la ciudad Guatemala, fue admitida en la Unidad de Hospital de Día del Hospital Roosevelt, con historia de disfagia de 8 meses de evolución, con dificultad para deglutir alimentos sólidos, haciéndose necesaria la ingestión de

líquidos para poder tolerarlos, asociado a regurgitaciones nocturnas por lo que consulta. No existían datos relevantes en su perfil social, hábitos o riesgo de enfermedad por contacto sexual. A la exploración física no presenta hallazgos positivos, ni en la revisión por sistemas. Se realizan los estudios complementarios. *Endoscopia*: esófago: alteración inespecífica de la motilidad, disminución en la frecuencia de ondas peristálticas primarias y secundarias y aumento de la presión del esfínter esofágico inferior, Estómago: proceso erosivo severo difuso, gastritis crónica activa leve, cambios regenerativos, bacilos compatibles con *Helicobacter Pylori*; *manometría estacionaria*: esfínter esofágico inferior a 40cm, 1cm intraabdominal, relajación incompleta, presión residual de 41.6 mmHg y porcentaje de relajación de 32.8%. Presión promedio de 41.6 mmHg, el análisis de la motilidad del cuerpo esofágico sugiere que solo el 20% fueron simultáneas, las contracciones fueron peristálticas en 0% en región distal, amplitud de las contracciones de 45.6 mmHg y duración de 4.5 seg. Por lo que se realiza Miotomía de Heller Videolaparoscópica (Fig. 1)

(Fig. 1). Miotomía de Heller videolaparoscópica



Se usan cinco trócares: el primero en la línea media, a 14 cm del apéndice xifoides; el segundo y el tercero en la línea medioclavicular derecha e izquierda al mismo nivel del primer trocar, y el cuarto y el quinto se insertan debajo del borde costal, formando un ángulo de 120° con la cámara. Se divide el ligamento gastrohepático y se disecan los pilares derecho e izquierdo del hiato esofágico. Se exponen 6 a 7 cm de esófago, identificando y preservando los nervios vagos. Se dividen los vasos gástricos cortos hasta el pilar izquierdo del hiato esofágico. Se remueve el tejido adiposo en la cara anterior de la unión gastroesofágica y se practica una Miotomía con el bisturí eléctrico (Hook) en palo de hockey, extendiéndose 6 cm a nivel del esófago y 2 a 2,5 cm a nivel de la pared del estómago. Después de completar la Miotomía, se separa la capa muscular gentilmente para exponer la mucosa aproximadamente en 40 % de la circunferencia, con los principios que esta involucra que es la división completa de todas las fibras musculares circulares y del cabestrillo, Miotomía distal adecuada para disminuir la resistencia de salida, permitir la separación amplia del músculo esofágico previniendo el reflujo postoperatorio.

Discusión

La acalasia puede aparecer a cualquier edad, con más frecuencia entre los 40 y los 60 años. El presente caso se presentó a los 18 años. La sintomatología de la paciente fue clásica. En el tratamiento quirúrgico hay varias opciones y cabe mencionar que la cirugía mínimamente invasiva presenta gran éxito sobre la mejoría de la disfagia, regurgitación y otras molestias imponiéndose como terapia de elección. Ya que el abordaje laparoscópico permite

una mejor visualización de la unión gastroesofágica y del cardias, manejo anestésico más simple, intubación intratraqueal con tubos de menor calibre y posibilidad de agregar un procedimiento antirreflujo (técnica de Dor) y presenta mejores resultados que la dilatación neumática. La relevancia de este caso es demostrar una favorable evolución a largo plazo con significativa mejoría clínica del paciente. En un periodo de 3 días la paciente es dada de alta con seguimiento, esofagograma control al mes solo reporta escasa atonía en esófago distal y adecuada tolerancia oral. Pocas complicaciones se asocian a este procedimiento en menos del 5%, como perforación de la mucosa, enfermedad por reflujo y, ocasionalmente, el desarrollo de neoplasia esofágica.⁽¹⁾

Bibliografía

Bibliography

1. Morales J, Clemente U, Santes O, Miery S, Sanchez G, Rodriguez J. et al. Acalasia desde la perspectiva del cirujano. Rev Mex de Cirugía del Aparato Digestivo [en línea]. 2019 [citado el 8 oct 2019]; 8(1): 94-98. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/333802717_Acalasia_desde_la_perspectiva_del_Cirujano
2. Ferrandino F, Umaña A., acalasia como trastorno de motilidad esofagica. Med. leg. Costa Rica [en línea]. Jan./Mar. 2016 [citado 10 de oct 2019]; 33 (1). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EfHpYAfYSwcJ:www.scielo.sa.cr/scielo.php?script%3Dsci_arttext%26pid%3DS1409-00152016000100269&hl=es-419&gl=gt&strip=1&vwsr=0
3. Stavropoulos SN, Friedel D, Modayil R, Parkman HP. Acalasia esofagica. INTRAMED. [en línea]. 2016 [citado 8 de oct 2019]; 354 (2785). Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidver.asp?contenidoid=8979>