

# Manejo quirúrgico de la acalasia esofágica en el Hospital Central del IPS durante el periodo enero 2016 a diciembre 2018

## *Surgical management of the esophageal achalasia in the IPS Central Hospital from January 2016 to December 2018*

*Arnaldo José Montiel Roa\**, *Brenda Margarita Rojas Franco\*\**, *Antonella Dragotto Galván\*\*\**, *Sergio David Mora Garbini\*\*\*\**

*Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Cirugía General. Paraguay*

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la experiencia del manejo quirúrgico de la acalasia esofágica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central del IPS en el periodo enero 2016-diciembre 2018. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal de 26 fichas operatorias de pacientes con diagnóstico de Acalasia quienes requirieron intervención quirúrgica en nuestro servicio en el periodo enero 2016- diciembre 2018. **Resultados:** Se observó que el método quirúrgico más utilizado fue a predominio del laparoscópico, siendo la técnica de Heller-dor el procedimiento de elección. Hubo una sola complicación posoperatoria: la fistula esofágica. La mortalidad de la serie en este periodo asociada a intervención quirúrgica fue nula. **Discusión:** El tratamiento quirúrgico cumple con los objetivos de lograr alivio de la disfagia, con una mejoría significativa de la deglución, normalizar la condición nutricional y mejorar la calidad de vida del paciente. La cirugía laparoscópica logra resultados comparables a la cirugía convencional y agrega las ventajas de los procedimientos mínimamente invasivos. **Conclusión:** La miotomía de Heller modificada por laparoscopia con funduplicatura parcial es la técnica preferida para el manejo de la acalasia, con la cual es posible obtener un adecuado control de los síntomas y satisfacción a largo plazo en rangos aceptables.

**Palabras claves:** acalasia, cirugía laparoscópica, miotomía de Heller.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the experience of the surgical management of esophageal achalasia in the General Surgery Service of the IPS Central Hospital during the period January 2016-December 2018. **Material and Methods:** Retrospective cross-sectional descriptive study of 26 operative files of patients with diagnosis of achalasia who required surgical intervention in our service in the period January 2016- December 2018. **Results:** It was observed that the most used surgical method was predominantly laparoscopic, with Heller-dor's technique being the procedure of choice. There was only one postoperative complication: the esophageal fistula. The mortality of the series in this period associated with surgical intervention was nil. **Discussion:** The surgical treatment meets the objectives of achieving relief of dysphagia, with a significant improvement

in swallowing, normalize the nutritional condition and improve the patient's quality of life. Laparoscopic surgery achieves results comparable to conventional surgery and adds the advantages of minimally invasive procedures. **Conclusion:** Heller myotomy modified by partial fundoplication laparoscopy is the preferred technique for the management of achalasia, with which it is possible to obtain adequate control of symptoms and long-term satisfaction in acceptable ranges.

**Keywords:** achalasia, laparoscopic surgery, Heller's myotomy.

### INTRODUCCIÓN

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago. Es un trastorno que se caracteriza por un aumento de las presiones del esfínter esofágico inferior, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico, en las últimas etapas de la enfermedad<sup>(1)</sup>.

Puede verse a cualquier edad, aunque predomina entre los 20 a 40 años, presentándose con igual frecuencia en ambos sexos<sup>(2)</sup>.

A pesar de la capacidad de que disponemos para tratar la enfermedad con eficacia, todavía se dispone de pocos conocimientos sobre su etiología y patogenia, al menos en su forma esporádica más habitual en el mundo noroccidental; en América Latina es más frecuente una forma de acalasia esofágica asociada a la infección de un parásito (*Tripansoma cruzii*) que comporta una enfermedad (Chagas) que afecta al esófago y provoca un cuadro clínico idéntico al de la acalasia esofágica esporádica<sup>(3)</sup>.

Desde el punto de vista funcional, la acalasia se caracteriza por la desaparición de la peristalsis en el cuerpo esofágico y la ausencia parcial o total de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) en la deglución<sup>(4)</sup>.

\* Jefe de Servicio de Cirugía General. [amontiel@ips.gov.py](mailto:amontiel@ips.gov.py)


\*\* Residente del Tercer año del. [brendarojas43@hotmail.com](mailto:brendarojas43@hotmail.com)

\*\*\* Residente del Tercer año. [antodragotto@gmail.com](mailto:antodragotto@gmail.com)

\*\*\*\* Residente del Tercer año. [sergarbini91@gmail.com](mailto:sergarbini91@gmail.com)

Recibido: 06 setiembre 2019 - Aceptado: 12 octubre 2019

**Autor correspondiente:** Antonella Dragotto Galvan. Domicilio: Ingeniero Fernández 385, Asunción. Teléfono: 0981222084. Email: [antodragotto@gmail.com](mailto:antodragotto@gmail.com).

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

Como consecuencia de esta alteración, existe un obstáculo a la progresión del bolo del esófago al estómago, con acumulación de material no digerido en el esófago y su progresiva dilatación (mega esófago acalásico). La sintomatología característica de la acalasia es la disfagia: el paciente experimenta una sensación de parada del bolo que, en general (pero no siempre), localiza con precisión en el cardias. Otras veces, el paciente refiere la necesidad de beber durante el paso de alimentos para permitir el paso del bolo al estómago. Otro síntoma frecuente es la regurgitación de alimentos y saliva, especialmente durante la noche. Un síntoma asociado a la disfagia es el dolor torácico, en ocasiones desencadenado por el acto de la deglución, aunque puede aparecer por la noche, con más frecuencia en las fases iniciales de la enfermedad<sup>(5)</sup>.

Desde la descripción inicial, el tratamiento de esta patología ha evolucionado, pasando por el tratamiento médico farmacológico, endoscópico (dilatación), quirúrgico convencional con abordaje torácico o abdominal y más recientemente con abordaje toracoscópico o laparoscópico asociado a procedimiento anti reflujo. Este último es el que ha mostrado los mejores resultados, en cuanto a morbilidad y recidivas, siendo considerado hoy en día el tratamiento más indicado<sup>(6)</sup>.

En este trabajo se lograra describir la experiencia del manejo quirúrgico de la acalasia esofágica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central del IPS en el periodo enero 2016-diciembre 2018, comparando nuestros datos con la literatura mundial y relacionarlos, buscando contribuir con los conocimientos sobre esta patología.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal de 26 fichas operatorias de pacientes con diagnóstico de Acalasia Esofágica quienes requirieron intervención quirúrgica en nuestro servicio en el periodo enero del 2016- diciembre 2018, del Servicio de Cirugía del Hospital Central de IPS.

No se incluyen en este trabajo aquellos pacientes con fichas operatorias incompletas o pacientes con el diagnóstico de acalasia que requirieron tratamiento médico o endoscópico.

Se estudiaron 26 fichas operatorias. Las variables utilizadas fueron: edad sexo, síntomas, además se determinó el tipo de cirugía efectuada y las complicaciones postoperatorias.

Respecto a los principios éticos se puede indicar que los principios de: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, consignados en la normatividad vigente son preservados en el desarrollo del protocolo; por ser un estudio sin riesgo y sin intervención no se requirió consentimiento informado.

Para manejar los datos personales de los pacientes se tomaron sólo los datos estrictamente necesarios para resolver los objetivos de investigación; no se tomaron datos personales que permitan la identificación de los pacientes. Esto con el fin de salvaguardar el derecho al anonimato de los códigos.

## RESULTADOS

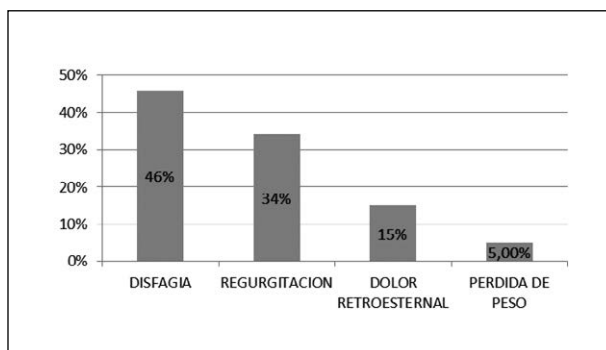
Se evaluaron 26 fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de Acalasia que requirieron intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central del IPS, Asunción. De los cuales 15pacientes eran hombres y 11mujeres. El promedio de edad fue de 43,3 años.

Con respecto a la presentación clínica inicial encontramos pacientes con presencia de disfagia en un 46% de los casos, 34% regurgitaciones, 15% manifestó dolor retro esternal, y 5% pérdida de peso (**Tabla 1**).

En cuanto al tipo de acalasia según el grado, en el 3,8% era de Grado I, en el 50% de Grado II, en el 46,2% de Grado III y no se presentó ningún caso Grado IV.

En lo referente al abordaje quirúrgico se realizó cirugía por vía convencional (abierta) el 39% de los casos y en el 61% se realizó abordaje por vía laparoscópica.

En cuanto a la técnica quirúrgica realizada, en el 61% de los casos se efectuó la técnica de Heller – Dor, en el 23% de los casos se realizó la técnica de Pinotti y en el 16% la Técnica de Nissen. En el 46% de los casos se dejó drenaje de tipo pen rose en la cavidad abdominal. Hubo una sola complicación posoperatoria que fue la fistula esofágica que se manifestó al cuarto día postoperatorio. La mortalidad de la serie en este periodo asociada a intervención quirúrgica fue nula.



**Tabla 1:** Presentación clínica inicial de la acalasia

## DISCUSIÓN

La acalasia del esófago es una enfermedad incurable -cuya forma idiopática es prevalente en nuestro país- y todas las modalidades terapéuticas buscan aliviar el síntoma disfagia, disminuyendo el tono del esfínter esofágico inferior, mejorar el vaciamiento esofágico. El tratamiento quirúrgico cumple con los objetivos de lograr alivio de la disfagia, con una mejoría significativa de la deglución, normalizar la condición nutricional y mejorar la calidad de vida del paciente. La cirugía laparoscópica logra resultados comparables a la cirugía convencional y agrega las ventajas de los procedimientos mínimamente invasivos: mínima agresión parietal, menos dolor posoperatorio, deambulacion precoz, internación breve y rápido reintegro a las tareas habituales.

La técnica laparoscópica ha sido mejor aceptada, surgiendo como un nuevo estándar de oro, ya que no requiere intubación bronquial selectiva, evita la invasión torácica y la necesidad de sonda pleural, por lo que el dolor y la estancia hospitalaria son menores. Además, permite extender la miotomía hasta el estómago y es más fácil de realizar un procedimiento antirreflujo<sup>(7)</sup>. Para su realización se requiere experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y la adquisición de destrezas para realizar la esofagomiotomía así como suturas y nudos intracorpóreos para confeccionar la valva antirreflujo.

La miotomía sobre el estómago es el paso quirúrgico de mayor riesgo de apertura de la mucosa, ya que la capa muscular es

más delgada. Una adecuada exposición de la unión esofagagástrica, que incluye la resección del colchón adiposo allí presente, minimiza el riesgo de perforación.

En un estudio realizado en Bolivia, según Ustarez López R, reportaron que la acalasia es más frecuente en las mujeres con respecto a los hombres, con una relación hombre/ mujer de 1/1,8<sup>(9)</sup>. En cambio en este trabajo se observó la aparición de acalasia en un 57,6% en hombres y 42,4% en mujeres.

La disfagia es el síntoma principal de la acalasia, presente en el 98% de los casos; es tanto con los sólidos como con los líquidos y empeora lentamente con el tiempo hasta volverse un problema constante. La disfagia y la sitofobia (miedo a comer) pueden llevar a la pérdida de peso, presente en más de la mitad de los pacientes<sup>(10)</sup>. Se observó que la manifestación clínica más frecuente fue la disfagia en un 46% de los casos; concordando con la literatura mundial.

En el 61% de los casos la técnica quirúrgica empleada fue el de Heller – Dor, siendo la vía de abordaje más frecuente la laparoscópica.

En la actualidad, se ha propuesto que el manejo quirúrgico laparoscópico de la acalasia debe de ser el tratamiento de elección de primera línea, incluso antes de usar otros métodos como la toxina botulínica o las dilataciones, ya que se ha demostrado que los resultados de la cirugía en pacientes vírgenes a tratamiento son superiores, además de que el procedimiento es técnicamente más sencillo y con menos complicaciones, además no requiere intubación bronquial selectiva, evita la invasión torácica y la necesidad de sonda pleural, por lo que el dolor y la estancia hospitalaria son menores.

Las ventajas de la funduplicatura anterior de Dor incluyen el que se requiere menor disección posterior, por lo que técnicamente es más sencilla y hay mayor preservación de la barrera antirreflujo. Además, al ser anterior, queda cubierto cualquier sitio de potenciales lesiones mucosas inadvertidas<sup>(8)</sup>.

Los resultados obtenidos en esta breve experiencia nos per-

miten concluir que el tratamiento laparoscópico de la acalasia es una opción racional, segura y efectiva, que puede realizarse en nuestro medio con muy buenos resultados funcionales, con morbilidad muy baja y sin mortalidad.

La preferencia en nuestro centro, al igual que en la literatura mundial, es la de realizar un procedimiento antirreflujo parcial asociado, con lo que se ha demostrado un adecuado control tanto de la disfagia como del reflujo postoperatorio. Algunas de las limitaciones de este estudio son el tamaño de la muestra y los problemas propios de encontrarnos en un hospital privado en donde es difícil estandarizar la conducta quirúrgica para un procedimiento, debido a que cada cirujano realiza el procedimiento de acuerdo a su elección. Además, en el postoperatorio, la forma de seguir a los pacientes varía entre cada especialista.

## CONCLUSIÓN

El abordaje puede ser transtorácico o transabdominal, ya sea de forma abierta o laparoscópica. Sin embargo, desde los comienzos de la década de 1990 se ha recomendado el acceso mínimamente invasivo, preferentemente abdominal, ya que se acompaña de menos dolor postoperatorio, una estancia hospitalaria más corta y menos morbilidad. La funduplicatura anterior (Dor) también previene la aproximación de los bordes de la miotomía, protege la mucosa esofágica al apoyarse sobre la miotomía, evita posibles complicaciones por fístulas o la aparición de pseudodivertículos, preserva el espacio esofágico posterior y es más fácil de realizar.

Se debe asociar un procedimiento antirreflujo a la miotomía y ésta debe extenderse distalmente para conseguir los mejores resultados.

La miotomía de Heller modificada por laparoscopia con funduplicatura parcial es la técnica preferida para el manejo de la acalasia, con la cual es posible obtener un adecuado control de los síntomas y satisfacción a largo plazo en rangos aceptables, a pesar de que hasta una quinta parte de los pacientes requieren realizarse procedimientos adicionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Ramos R, Roque González R, Morera Pérez M. Calidad de vida antes y después de la cirugía video laparoscópica en la acalasia esofágica. Artículo Original. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2017 [citado 20 de julio del 2019] 56(4) ISSN 0034-7493. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932017000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000400001).
2. Barajas-Fregoso EM, Romero-Hernández T, Sánchez-Fernández PR, Fuentes-Orozco C, González-Ojeda A, Macías-Amezcuea MD. Experiencia en el manejo quirúrgico de la acalasia esofágica en un hospital de terciaria. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2015 [citado 20 de julio del 2019]; 53 (1): 84-91. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151p.pdf>.
3. Méndez Sánchez R. Acalasia Esofágica. Jalisco, México. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2018, [citado 20 de julio del 2019] 3 (10). ISSN: 2215-4523 e-ISSN:2215-5279. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i10.141>.
4. Roque González R, Martínez Alfonso MA, Torres Peña R, Anido Escobar V, Naranjo Hernández D, Díaz Drake Z. Miotomía de Heller laparoscópica para el tratamiento de la acalasia esofágica en el adulto mayor. Rev Cubana Cir [Internet]. 2015 [citado 20 de julio del 2019]; 31 (4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <bvs.sld.cu/revistas/cir/indice.html>.
5. Roque González R, Martínez Alfonso MA, Pereira Fraga JG, Villanueva Ramos A, Jiménez Ramos R, Anido Escobar V. Reintervenciones por fracaso de la miotomía de Heller por acalasia esofágica. Rev Cubana Cir [Internet]. 2017, 56(4) [citado 20 de julio del 2019], pp.1-9. ISSN 0034-7493. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932017000400002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000400002&lng=es&nrm=iso).
6. Veenstra BR, Goldberg RE, Bowers SP, Thomas M, Hinder RA, Smith CD. Cirugía de revisión después de una miotomía esofagagástrica fallida por acalasia: preservación esofágica exitosa. [Internet]. 2016 [citado 20 de julio del 2019];30(5):[1754-61 pp.]. Doi: 10.1007/s00464-015-4423-3.
7. Wellman-Wollenstein R, Ortiz de la Peña-Rodríguez J, Hernández-Peña R, Orozco-Obregón P, Decanini-Terán C, Herrera-Hernández M, et al. Manejo quirúrgico de la acalasia en el Centro Médico ABC, medigraphic [Internet]. 2011, [citado 20 de julio del 2019]; An Med (Mex) 56(2): 63 – 72. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc112b.pdf>.
8. Cabral D, Reyes R, Mosqueira N, Godoy M. Tratamiento de la acalasia en el Hospital Nacional de Itagua, Rev. Cir. Parag. [Internet]. 2014, [citado 20 de julio del 2019]; 38 (2), disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-04202014000200004](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202014000200004)
9. Rojas Pélaez Y, Trujillo Pérez YL, Brito GA, Méndez Estrada E, Chiong Quesada M. Comportamiento de la acalasia en la provincia de Camagüey. Cuba. Rev. Arch Med Camagüey. [Internet]. 2018. [citado 20 de julio del 2019]; 22: 1025-0255. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v22n1/amc100118.pdf>
10. Benítez G FD, Ramírez Sotomayor J. Morbimortalidad de la acalasia en el Hospital Nacional de Itagua en el año 2.013 - 2.016. Rev. Cir. Parag. [Internet]. 2018, [citado 20 de julio del 2019]; 42(3): 8-11 ISSN: 2215-4523 e-ISSN:2215-5279. Doi: 10.18004/sopaci.2018.diciembre.8-11.