CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):299

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-131 - REINTERVENCIONES TRAS FRACASO INICIAL EN LA CIRUGÍA DE LA ACALASIA ESOFÁGICA: ¿SON UNA ADECUADA OPCIÓN DE TRATAMIENTO? ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

García Galocha, José Luis; Estela Villa, Luis Miguel; Romera Martínez, José Luis; Ruano Campos, Adriana; Muñoz López-Peláez, Vicente; Sánchez Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir los resultados clínicos y las causas de fracaso en paciente reintervenidos tras tratamiento quirúrgico inicial por acalasia esofágica.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes reintervenidos en nuestro servicio por fracaso tras tratamiento quirúrgico de la acalasia esofágica desde enero de 2002 hasta enero de 2017. Se evaluaron los resultados clínicos utilizando la escala de Eckardt basal, a los seis meses tras la primera cirugía y a los seis meses tras la reintervención. Además, se describieron, el intervalo libre de sintomatología, las causas de fracaso en la cirugía inicial, la técnica quirúrgica empleada en un segundo tiempo y los resultados tras ésta.

Resultados: De los 97 pacientes intervenidos por acalasia en los últimos 10 años en nuestro servicio, se reintervinieron 12 que constituyen nuestro grupo de estudio; 9 propios y 3 derivados de otros centros. La distribución por sexos fue de 41,6% varones (n = 5) y 58,3% mujeres (n = 7). El 33,3% se incluyeron dentro del tipo I de Chicago y el 66,6% dentro del tipo II. La edad media de realización de la cirugía inicial fue de 39,8 años. Se realizó miotomía de Heller con funduplicatura tipo Dor laparoscópico en 11 pacientes (91,6%) y miotomía de Heller más Berlksey-Mark tipo IV en el restante (8,3%). La puntuación media de Eckardt preoperatoria fue de 9,6, que descendió a 8,2 tras la cirugía. El periodo medio libre de sintomatología fue de 78,9 meses, siendo el síntoma más frecuente que motivó la reintervención la persistencia de la disfagia en el 91,6% (n = 11) y el dolor torácico en el 8,4% (n = 1). Todos los pacientes fueron evaluados manométricamente durante el seguimiento postoperatorio. Las causas de fracaso fueron; una miotomía insuficiente en 6 pacientes (50%), una funduplicatura demasiado apretada en 3 (25%), la herniación al tórax de la funduplicatura en 1 (8,3%) y fibrosis periesofágica en el último (8,3%). Se realizó remiotomía en el 50% de los pacientes (n = 6); añadiendo una funduplicatura tipo Dor a 5 de ellos (41,6%) y una tipo Toupet a 1 caso (8,3%). El 41,6% (n = 5) precisó desmontaje de la funduplicatura inicial sin asociar nuevo antirreflujo y en 1 paciente se realizó hiatorrafia (8,3%). En cuanto a las complicaciones, 1 paciente (8,3%) sufrió una perforación esofágica durante la reintervención, precisando rafia y plicatura tipo Dor. Ningún paciente falleció durante el postoperatorio ni el seguimiento. El Eckardt medio a los 6 meses tras la reintervención fue de 4,9 puntos, resultando el 50% de los pacientes (n = 6) asintomáticos al año de seguimiento. No obstante, el 16,6% (n = 2) han precisado dilataciones

periódicas y el 33,3% (n = 4) recirugía; en un caso remiotomía y en 3 de ellos esofaguectomía.

Conclusiones: La reintervención con preservación esofágica de pacientes con tratamiento quirúrgico previo por acalasia parece tener unos resultados a largo plazo poco favorables. Es probable que al someter a los pacientes a múltiples reintervenciones aumente la fibrosis de la zona cardial empeorando el grado de disfagia, llegando a requerir hasta en el 25% de los pacientes esofaguectomía como tratamiento definitivo.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados