



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Miotomía laparoscópica tras derivación portosistémica intrahepática transyugular y embolización de varices gastroesofágicas en paciente con acalasia y cirrosis



Laparoscopic myotomy after transjugular intrahepatic portosystemic shunt placement and embolization of gastroesophageal varices in patients with achalasia and cirrhosis

Los pacientes con cirrosis e hipertensión portal asocian una mayor morbilidad quirúrgica en comparación a la población general, por lo que es necesario un manejo pre y postoperatorio adecuado, además de una técnica quirúrgica cuidadosa. Presentan una mayor tendencia a la hemorragia intra y postoperatoria, y así como, un elevado riesgo de desarrollar ascitis, encefalopatía, infecciones, insuficiencia renal, y complicaciones respiratorias y de la herida quirúrgica¹. Se ha demostrado que el uso de la laparoscopia disminuye las complicaciones postoperatorias en estos pacientes². Por otra parte, algunos autores han propuesto la colocación de *transjugular intrahepatic portosystemic shunt* (TIPS) antes de la cirugía para descomprimir parcialmente el sistema portal y reducir la morbilidad postoperatoria^{3,4}. Presentamos el caso de un paciente con acalasia y varices gastroesofágicas por cirrosis alcohólica al que se le colocó preoperatoriamente un TIPS y se le realizó una embolización de las varices, llevándose a cabo posteriormente una miotomía de Heller y una funduplicatura por vía laparoscópica.

Paciente varón de 66 años diagnosticado en 2007 de cirrosis alcohólica Child-Pugh clase B que, tras mantenerse abstinencia desde entonces, presentaba en el momento de la cirugía, en el año 2015, un estadio Child-Pugh clase A. Hasta el año 2010 sufrió varios episodios de descompensación ascítica, mostrando posteriormente una estabilidad en su cirrosis. Concomitantemente y desde el año 2012 refería una disfagia progresiva, presentando las semanas previas a la cirugía regurgitaciones diarias, dolor retroesternal diario, intolerancia a sólidos, tolerancia intermitente para líquidos y pérdida de peso de 6 kg, obteniendo un score de Eckardt de 10. Tras estudio

endoscópico, manométrico y radiológico se le diagnosticó de acalasia tipo II, mostrando varices en tercio distal de esófago y fundus gástrico.

Una vez evaluadas las diferentes opciones de tratamiento, se consensuó junto con el paciente y el servicio de aparato digestivo la realización de una miotomía laparoscópica tras embolización de varices y colocación de TIPS.

Seis semanas después de la colocación del TIPS, una vez comprobada su adecuada funcionalidad, se realizó una miotomía de Heller laparoscópica, verificándose mediante una endoscopia intraoperatoria la total integridad de la mucosa esofágica y la adecuada calidad de la miotomía. Por último, se realizó una funduplicatura tipo Dor, y se asoció una colecistectomía por colelitiasis sintomática. El paciente fue dado de alta sin complicaciones al 4.º día del posoperatorio. Con un seguimiento de 6 meses se muestra asintomático y sin disfagia.

La acalasia es un trastorno motor primario del esófago, que se manifiesta con disfagia, debido a una alteración de la peristalsis del cuerpo esofágico y falta de relajación del esfínter esofágico inferior. Su incidencia es de 0,5-1 paciente por cada 100.000 personas/año. Se desconoce su incidencia en pacientes con cirrosis y varices gastroesofágicas, siendo probablemente muy baja, dado que solo hemos encontrado otros 5 casos publicados en la literatura inglesa.

El tratamiento actual de la acalasia es controvertido. Por un lado, disponemos de las técnicas endoscópicas como la inyección de toxina botulínica o la dilatación neumática. La inyección endoscópica eco-guiada de toxina botulínica adolece de ser un tratamiento temporal, con más de un 50% de fracaso terapéutico tras 6-12 meses. La dilatación

endoscópica, aunque puede obtener tasas de curación de hasta el 90% al primer año, ha demostrado pobres resultados a largo plazo⁵. Por otro lado, la cirugía es el tratamiento de elección en aquellos pacientes que presentan contraindicaciones, dado que es el tratamiento más efectivo a largo plazo, obteniendo un resultado satisfactorio en el primer año hasta en el 93% de pacientes. Recientemente, se ha descrito la técnica *Peroral Endoscopic Miotomy* (POEM), que parece ser a corto plazo tan efectiva como la cirugía. Aun así, dicho procedimiento es caro, complejo, poco reproducible y sin resultados publicados a largo plazo, además presenta una elevada incidencia de reflujo gastroesofágico al no asociar un procedimiento antirreflujo.

En nuestro caso se optó por el tratamiento quirúrgico porque el paciente manifestó el deseo de recibir un tratamiento efectivo a largo plazo, y porque la dilatación endoscópica podía producir hemorragias no fácilmente controlables. Existen pocos casos publicados que describan el tratamiento quirúrgico de la acalasia en pacientes con varices gastroesofágicas por hipertensión portal⁶⁻⁹. En general, se aboga por la inyección repetida de toxina botulínica.

A pesar de que la colocación de un TIPS antes de realizar intervenciones abdominales mayores ha sido descrita previamente^{3,4}. Sin embargo, hasta la fecha son anecdóticos los casos en los que se haya empleado un TIPS previamente al tratamiento endoscópico⁷ o se haya realizado una miotomía de Heller sin ninguna medida preoperatoria⁹.

El uso de TIPS puede resultar controvertido ya que es una técnica no exenta de riesgos. En la actualidad, tras la introducción de los *stent* recubiertos, la incidencia de encefalopatía *de novo* o empeoramiento de la previa es del 20-31%, siendo la tasa de estenosis a 2 años del 24-44%¹⁰. Independientemente de otras indicaciones para el uso de TIPS, según las series de casos, su uso preoperatorio debería quedar restringido a pacientes con una función hepática adecuada.

En resumen, creemos que la estrategia que combina la colocación de TIPS con la embolización de varices gastroesofágicas preoperatoriamente podría minimizar el riesgo de complicaciones intraoperatorias (hemorragia) y postoperatorias (descompensación ascítica) en la cirugía de pacientes con acalasia y varices esofágicas, aunque actualmente este proceder no está científicamente probado.

Agradecimientos

Agradecer la colaboración de la Unidad Docente de Cirugía General del Hospital de Galdakao-Usansolo, compuesta por los Drs. Salvador Mateo, Eduardo Jiménez, Eneko del Pozo y Marta Calvo, así como al Servicio de Aparato Digestivo y Radiología Intervencionista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabbagh C, Fuks D, Regimbeau JM. Non-hepatic gastrointestinal surgery in patients with cirrhosis. *J Visc Surg.* 2014;151:203-11.
2. Laurence JM, Tran PD, Richardson AJ, Pleass HC, Lam VW. Laparoscopic or open cholecystectomy in cirrhosis: A systematic review of outcomes and meta-analysis of randomized trials. *HPB (Oxford).* 2012;14:153-61.
3. Menahem B, Lubrano J, Desjouis A, Lepennec V, Lebreton G, Alves A. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt placement increases feasibility of colorectal surgery in cirrhotic patients with severe portal hypertension. *Dig Liver Dis.* 2015;47:81-4.
4. De Magistris L, Azagra JS, Goergen M, Manzoni D, Herrero-Lopez M, Sofos S. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt and Laparoscopic Colorectal Resection: The ideal minimally-invasive management for the treatment of colorectal cancer in severe cirrhotic patients. A case report and literature review. *Minerva Chir.* 2012;67:197-201.
5. Boeckxstaens GE, Annese V, des Varannes SB, Chaussade S, Costantini M, Cuttitta A, et al. Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia. *N Engl J Med.* 2011;364:1807-16.
6. Rana SS, Bhasin DK, Rao C, Sarwal R, Singha K. Achalasia cardia associated with esophageal varices: A therapeutic dilemma. *Ann Gastroenterol.* 2013;26:258-60.
7. Pinillos H, Legnani P, Schiano T. Achalasia in a patient with gastroesophageal varices: Problematic treatment decisions. *Dig Dis Sci.* 2006;51:31-3.
8. Lozano-Lanagran M, Lavín-Castejón I, Alcaín-Martínez G. Treatment of achalasia with botulinum toxin injection guided by endoscopic ultrasonography in a patient with oesophageal varices. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:663-4.
9. Dalvi AN, Thapar PM, Narawane NM, Shukla RN. Laparoscopic Heller's cardiomyotomy in cirrhosis with oesophageal varices. *J Minim Access Surg.* 2010;6:46-9.
10. Siramolpiwat S. Transjugular intrahepatic portosystemic shunts and portal hypertension-related complications. *World J Gastroenterol.* 2014;7:16996-7010.

Unai de Andres Olabarria Soledad Ugarte Sierra
Roberto Maniega AlbaIgor Alberdi San Roman
Francisco Javier Ibáñez Aguirre

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: deandres19@hotmail.com,
UNAI.DEANDRESOLABARRIA@osakidetza.net
(U. de Andres Olabarria).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.10.006>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.