



www.elsevier.es/cirugia

V-067 - ESPASMO ESOFÁGICO DISTAL: MIOTOMÍA CON ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y TORACOSCÓPICO

C. Ferrero San Román, M. Posada González, T. Gerogiev Hristov, P. Tejedor Togores, D. Cortés Guiral, M.E. Bernal Sánchez y P. Vorwald Wolfgang

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: El espasmo esofágico distal (EED) pertenece al grupo de trastornos motores del esófago, un grupo de enfermedades secundarias a una alteración en la motilidad esofágica. La aparición de la manometría de alta resolución ha supuesto un gran avance en el estudio de esta patología ya que permite un análisis mucho más detallado de las diferentes presiones a lo largo del esófago. La última actualización de la clasificación de Chicago define el EED como un trastorno caracterizado por la presencia de contracciones esofágicas prematuras con una relajación normal de la unión esofagogastrica. En este video presentamos un caso de EED y su manejo desde el punto de vista quirúrgico.

Caso clínico: Paciente mujer de 52 años que consulta por cuadro de disfagia baja mixta (sólidos y líquidos) de dos años de evolución, asociada a dolor centrotorácico y pérdida de peso. La manometría esofágica de alta resolución pone de manifiesto un trastorno motor esofágico de tipo espasmo esofágico distal. Se probaron múltiples tratamientos farmacológicos (nifedipino, espasmolíticos, nitroglicerina) sin éxito. También se intentó tratamiento con inyección de toxina botulínica sin resultado. Ante la tórpida evolución del cuadro se decide miotomía laparoscópica asociada a técnica antirreflujo (Toupet). Sin embargo, tampoco se consigue un alivio completo de la sintomatología. Se realiza una impedanciometría y una nueva manometría de alta resolución a los 6 meses de la cirugía que demuestran disminución de presión basal del esfínter esofágico inferior, disminución de la amplitud de contracciones esofágicas y disminución de la intensidad y frecuencia de presurización panesofágica con las degluciones. Todos los hallazgos parecen apoyar la posibilidad terapéutica de completar la miotomía a nivel torácico, por lo que la paciente se somete a una toracoscopia para ampliar la miotomía esofágica. Se presenta en primer lugar la miotomía y funduplicatura (Toupet) vía laparoscópica. Se realiza un abordaje laparoscópico cerrado con colocación de cinco trocares de 5 mm. Tras la liberación del esófago distal, se realiza una miotomía de 8 cm ampliada 1-2 cm sobre la vertiente gástrica. Posteriormente, se procede al cierre de los pilares y a la ligadura y sección de los vasos breves de cara a la realización de una funduplicatura tipo Toupet (270°). En un segundo tiempo se completa la miotomía por vía toracoscópica mediante un abordaje en prono empleando 4 trócares de 5 mm. Se realiza miotomía desde 3 cm del hiato esofágico hasta el cayado de la vena ácigos. La paciente recibe el alta el cuatro día postoperatorio con buena tolerancia oral a líquidos.

Discusión: El EED es el trastorno motor esofágico muy infrecuente cuya fisiopatología sigue siendo desconocida. El paciente con un EED es un paciente complejo. En general la cirugía se reserva para casos de fallo del tratamiento médico. No debemos olvidar que la manometría de alta resolución juega un papel fundamental en el manejo tanto diagnóstico como terapéutico de estos pacientes, ya que como ocurre en este

caso puede ayudarnos a planificar el tipo de cirugía más adecuada para conseguir un mejor resultado funcional.