



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

V-087 - TRATAMIENTO TORACOSCÓPICO Y LAPAROSCÓPICO DE LA ACHALASIA VIGOROSA

F. Mateo Vallejo, C. Medina Achirica, M. Díaz Oteros, R. Estepa Cabello, M.J. Jiménez Vaquero, M.R. Domínguez Reinado, S. Melero Brenes y F.J. García Molina

Hospital General de Jerez, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: La achalasia es el trastorno motor esofágico más frecuente. En dicha patología y en menor medida en el espasmo difuso esofágico existe una degeneración de las neuronas inhibitoras intramurales responsables de la relajación del músculo liso y de la aparición del peristaltismo. A causa de esta denervación se produce una hipertonía del EEI y una alteración de su relajación y del peristaltismo esofágico. La achalasia vigorosa se caracteriza por contracciones amplias y repetidas del esófago. Estos pacientes se presentan con disfagia progresiva, dolor centro torácico y menor dilatación esofágica que en la achalasia clásica. Desde un punto de vista manométrico, los dos criterios para diagnosticar achalasia son la ausencia de peristalsis y la falta de relajación del EEI. Pero la ausencia de peristalsis no es sinónimo de ausencia de presurización dentro del esófago y la aportación más importante de la manometría de alta resolución es distinguir subtipos de achalasia según el patrón de presurización esofágica. Este concepto refleja la obstrucción al flujo debido a la relajación incompleta del EEI, de causa funcional u orgánica, y es la expresión de la compresión del bolo entre el esfínter esofágico superior y el inferior, que no está completamente relajado.

Caso clínico: Paciente de 51 años de edad sin antecedentes de interés que presenta dificultad para la deglución con sensación de bolo alimenticio retenido y regurgitaciones casi diarias desde varios años antes pero acentuado en los últimos meses. En el estudio baritado se aprecia retención persistente del contraste en posición supracardial y tercio inferior esofágico. Peristaltismo asincrónico y paso filiforme por el cardias. Endoscopia: mucosa esofágica y gástrica normal sin dilatación esofágica. Manometría: no se consigue colocación del transductor a nivel del EEI, pero se comprueba la presencia de un 100% de ondas terciarias con presiones de 60 mm de Hg sincrónicas a todo lo largo del cuerpo esofágico. Con el diagnóstico de achalasia vigorosa se propone el tratamiento quirúrgico, planteándose la realización de una miotomía de tercio inferior esofágico por vía toracoscópica en decúbito prono y abordaje por hemitórax izquierdo, con posterior abordaje laparoscópico para completar la cardiomiectomía y asociar una técnica antirreflujo tipo Dor. Se presenta el video de la cirugía.