



V-048 - INTERVENCIÓN DE SERRA-DORIA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS ESOFÁGICA ASOCIADA A MEGAESÓFAGO POR ENFERMEDAD DE CHAGAS

Lechuga Alonso, Isabel; Rodríguez Cuellar, Elías; Pérez Zapata, Ana Isabel; Alegre Torrado, Cristina; González Martín, Rosa; Carmona Gómez, Victoria; Murillo Rossell, José Ramón; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Chagas (EC), es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*). Se calcula que en el mundo hay entre 6 y 7 millones de personas infectadas. El flujo de inmigrantes latinoamericanos a Europa se ha asociado con un aumento de los casos de EC diagnosticados en países no endémicos. Durante la fase crónica de la EC, el parásito permanece oculto en el músculo tanto cardiaco como el tubo digestivo, principalmente a nivel del esófago, causando la destrucción progresiva e irreversible de los plexos intramurales de Auerbach, dando lugar a una ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI), que condiciona un alargamiento y dilatación progresiva del esófago con retención de restos alimentarios. El síntoma predominante es la disfagia con escasa respuesta a dilatación endoscópica. Actualmente, la cirugía supone el único tratamiento con buenos resultados a largo plazo, reflejados en una mejoría de la calidad de vida y estado nutricional de los pacientes.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 77 años natural de Bolivia, que consulta por clínica de meses de evolución de dolor epigástrico, náuseas, vómitos y disfagia para líquidos progresiva con impactaciones alimentarias. Todo ello asociado a pérdida de peso importante. Se realiza tránsito gastroduodenal objetivándose un esófago de gran calibre con disminución del peristaltismo y retención del contraste. Evidenciándose disminución del calibre a nivel de la unión esofagogastrica compatible con acalasia. En la gastroscopia se visualiza esófago distal dilatado, con mucosa irregular, pseudonodular con estenosis puntiforme infranqueable a nivel cardial, cubierta de fibrina sugestiva de estenosis péptica. Se toman biopsias que informan de inflamación aguda y crónica inespecífica, erosión y tejido de granulación compatibles con borde de úlcera sin evidencia de metaplasia intestinal. La manometría muestra hipocontractilidad del cuerpo esofágico con hipertonia y disminución de relajación del EEI. Se realiza serología para *T. cruzi* con resultado positivo, por lo que el paciente es diagnosticado de megaesófago por EC. Se indica cirugía programada realizándose técnica de Serra Doria laparoscópica, consistente en la realización de esofagogastrostomía latero lateral mecánica, exclusión de antró y gastroenteroanastomosis con reconstrucción en Y de Roux. El postoperatorio inmediato se desarrolla sin incidencias, iniciando tolerancia oral el segundo día postoperatorio con alta a domicilio al 5 día.

Discusión: La cirugía de esófago para la estenosis péptica/acalasia por EC, es más compleja y difícil que desde el punto de vista técnico en comparación con la cirugía para el cáncer, debido a un mayor diámetro del esófago y la fibrosis periesofágica y adherencias inflamatorias a estructuras mediastínicas. La operación de Serra Doria es una alternativa interesante para tratar la acalasia por EC, aportando interesantes ventajas

respecto a la miotomía, ya que favorece el vaciamiento al estómago y evita la disfagia secundaria a la hipotonía esofágica y tendencia a la retención de alimentos en el megaesófago. Permite una amplia permeabilidad de la unión esofagogástrica y prevención del reflujo ácido y gástrico, con una baja morbilidad y mortalidad asociada a la cirugía mínimamente invasiva.