



V-115 - MIOTOMÍA DE HELLER Y FUNDUPLICATURA DE DOR LAPAROSCÓPICAS SOBRE SCOPINARO

Marcos Santos, Pablo; Toledano Trincado, Miguel; Plúa Muñiz, Katherine Teresa; Choolani Bhajwani, Ekta; Acebes García, Fernando; Bueno Cañones, Alejandro David; Veleda Belanche, Sandra; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: Presentamos una miotomía de Heller asociada a funduplicatura de tipo Dor laparoscópicas en un paciente diagnosticado de acalasia y antecedentes de cirugía bariátrica. El caso se corresponde con un varón de 52 años diagnosticado de acalasia con clínica de disfagia y epigastralgias. Como antecedentes quirúrgicos se encuentra intervenido por colecistectomía y cirugía bariátrica con realización de una técnica de Scopinaro hace 10 años. El paciente había sido tratado mediante dilataciones neumáticas en varias ocasiones siendo remitido para valoración quirúrgica ante la persistencia de los síntomas. En la manometría se apreciaba hipomotilidad esofágica con trastorno grave esofágico junto con una relajación ineficaz del esfínter esofágico inferior tras la deglución.

Caso clínico: Se apreciaron múltiples adherencias del epiplón mayor y colon transverso a la cicatriz de la laparotomía media que fueron liberadas. En primer lugar se procedió a la localización de la anastomosis gastroyeyunal, encontrando un reservorio gástrico dilatado. Tras ello se procedió a realizar la disección del hiato esofágico junto con la liberación del ángulo de His y ambos pilares diafrágmáticos. Se continúo el procedimiento con la disección y sección de los vasos cortos con electrocoagulación y la liberación de la curvadura mayor del reservorio gástrico. Se realizó una miotomía en la cara anterior esofágica utilizando el gancho monopolar, permitiendo una excelente exposición de la submucosa esofágica, con una longitud de unos 8 cm que se extiende distal a la unión esofagogástrica con sección las fibras circulares del cardias gástrico. Se comprobó la estanqueidad de la mucosa gástrica sin apreciarse perforaciones de la submucosa. Para finalizar la intervención se asoció una funduplicatura anterior de Dor (180°) cubriendo la miotomía y fijada con puntos de seda de 3/0 a ambos bordes de la miotomía. Tras la intervención el paciente presentó una evolución favorable, con buena ingesta oral, sin disfagia y con controles radiológicos con normalidad de paso, siendo dado de alta en el segundo día posoperatorio. Revisión en consulta sin presentar disfagia ni otros síntomas.

Discusión: En la actualidad se practica una miotomía única longitudinal sobre la cara anterior del esófago distal, asegurando la sección total de la musculatura esofágica. La mayor parte de los estudios apuntan a favor de una miotomía de unos 8-10 cm, siendo la longitud el factor predictivo fundamental para lograr que mejore la disfagia. Cuanto más amplia es la miotomía en sentido inferior, mejor es el resultado, pero mayor es el riesgo de reflujo. Una de las potenciales complicaciones es la perforación de la mucosa esofágica, aunque es excepcional ya que posible visualizar la fuga de contenido y proceder a su sutura en directo. La utilización de la endoscopia intraoperatoria permite además comprobar la existencia de perforaciones inadvertidas además de comprobar la extensión distal de la miotomía en el cardias. La miotomía elimina el

obstáculo creado por el defecto de relajación del esfínter esofágico inferior, presentando unos resultados a los de la dilatación neumática. El abordaje laparoscópico es el de referencia actualmente.