



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-128 - Esofagectomía como tratamiento de Acalasia avanzada

Servide, María José; Roldan, Javier; Calle, Miguel; Gutiérrez, Oihane; Sarriugarte, Aingeru; Álvarez, Irene; Oleagoitia, Jesús María; Colina, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos un caso en el que fue necesario realizar una esofagectomía para el tratamiento de una acalasia. Lo consideramos un caso clínico de gran interés debido a que se llevó a cabo una cirugía de gran envergadura para tratar una patología ya de por si poco frecuente, y que solo en estados avanzados como en el que presentamos, hay que recurrir a dicho procedimiento. Aportamos imágenes del esofagograma con hallazgos característicos de la enfermedad, así como fotos de la pieza tras su resección quirúrgica.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente varón de 35 años de edad, intervenido hace 15 años de miotomía de Heller y funduplicatura parcial de Dor por vía laparoscópica. El paciente consulta por episodios repetidos de pirosis y regurgitación. Asimismo, presenta disfagia para sólidos con necesidad de ingesta agua para la correcta deglución. En la gastroscopia se observa una deformidad de la luz a nivel del esfínter esofágico inferior y aumento del tono con resistencia al paso del endoscopio. Presenta abundantes restos líquidos alimenticios retenidos a nivel de tercio medio-distal esofágico. En el esofagograma se vio un esófago de apariencia sigmoide y en tercio distal un afilamiento en forma de punta de lápiz. Todos estos hallazgos que sugieren el diagnóstico de acalasia muy avanzada. En cuanto a la manometría, únicamente se pudo estudiar el cuerpo esofágico que presentaba ausencia de peristaltismo, debido a la incapacidad de introducción de la sonda a nivel del EEI. Dada la presencia de megaesófago y la clínica mencionada, se decidió realizar una esofagectomía trashatal con gastroplastia y colocación de sonda de nutrición enteral (yejunocath). El postoperatorio cursó sin complicaciones y el estudio anatomo-patológico de la pieza confirmó cambios histopatológicos compatibles con acalasia.

**Discusión:** La acalasia se trata de un trastorno motor primario caracterizado por la ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico e incapacidad del esfínter esofágico inferior para relajarse en respuesta a la deglución. El gold estándar en cuanto al tratamiento quirúrgico es la miotomía de Heller asociada a una funduplicatura parcial (Toupet o Dor) como procedimiento antirreflujo. Mediante esta técnica, los resultados son satisfactorios en el 80-90% de los casos a los 10 años. Hay varios motivos para la persistencia o recidiva de la disfagia tras dicho procedimiento: Miomínia distal incompleta, reaproximación de los bordes de la miotomía (una forma de prevención es suturando los bordes de la miotomía a una funduplicatura parcial posterior de 270°); la realización de un mecanismo antirreflujo excesivo y por último, como es nuestro caso, la presencia de megaesófago: existe una excesiva dilatación esofágica y no se consigue una mejoría significativa del vaciamiento esofágico a pesar de la miotomía. El paciente comenzará con regurgitaciones, problemas respiratorios, halitosis, disfagia... En este caso el único tratamiento posible es la resección esofágica y gastroplastia para la reconstrucción del tránsito intestinal.