



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-021 - MIOTOMÍA DE HELLER EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA: PERFORACIÓN ESOFÁGICA INTRAOPERATORIA

Álvaro Ruiz, Claudia; Aranzana Gómez, Aurelio Francisco; Toral Guinea, Pablo; Hernández Gutiérrez, Jara; Muñoz Jiménez, Beatriz; Fraile Alonso, Iñaki; Krasniqui, Gazmend; Morlán López, Miguel Ángel

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, se caracteriza por un aumento de las presiones del EEI, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico. El tratamiento de esta patología ha evolucionado, pasando por el tratamiento médico farmacológico, endoscópico con dilatación o miotomía peroral endoscópica, quirúrgico convencional con abordaje torácico o abdominal y desde hace años, con abordaje toracoscópico o laparoscópico asociado a procedimiento antirreflujo; este último es el que ha mostrado los mejores resultados en cuanto a morbilidad y recidivas, siendo hoy día el tratamiento más indicado. Una de las complicaciones que conlleva este procedimiento es la perforación de la mucosa esofágica, más frecuente a nivel de la unión esofagogástrica.

Objetivos: Mostrar la realización de una miotomía extendida de Heller por laparoscopia, incluso cuando ocurre una perforación esofágica intraoperatoria durante la misma.

Caso clínico: Presentamos el vídeo de la intervención de un paciente mujer de 58 años diagnosticada de acalasia, que presentaba una marcada dilatación esofágica en el EGD preoperatorio. Se aportan las pruebas complementarias de interés. Intervención quirúrgica: abordaje laparoscópico completo con 5 trócares, disección del hiato esofágico, identificación del vago anterior, miotomía extramucosa de Heller amplia, extendida, ocurre perforación mucosa, distal a la unión esofagogástrica, que dificulta de forma importante la realización de la miotomía por fibrosis, disección de fibras proximales y distales a la perforación, se realiza sutura de la perforación con puntos alternos de material reabsorbible, comprobación con azul de metileno de la estanqueidad de la mucosa esofágica, asociando un antirreflujo anterior tipo Dor fijada a los pilares y ambos bordes de miotomía, con colocación de drenaje. Buen curso postoperatorio. Ingesta al 4º día PO tras control Rx. con gastrografín. Alta al 6º día postoperatorio. Asintomática y con control radiológico correcto al año de la cirugía.

Discusión: El abordaje laparoscópico es de elección en el tratamiento quirúrgico de la acalasia, siendo la miotomía de Heller extendida asociada a una técnica antirreflujo la técnica que ha demostrado mejores resultados. La longitud de la miotomía, especialmente debajo de la UEG es uno de los aspectos más importantes de la cirugía, la mayoría de los autores recomiendan que la miotomía se extienda 1-2 cm en el estómago, nosotros al igual que Pellegrini proponemos ampliar la miotomía hasta 3 cm por debajo de la UEG para conseguir una disrupción efectiva del EEI. La perforación intraoperatoria de la mucosa esofágica dificulta siempre el procedimiento, siendo necesario insistir en completar la miotomía para evitar la recidiva

de la enfermedad.