



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-116 - ACALASIA: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES

Arroyo Vélez, José Luis; Mestre Ponce, Carmen; Domínguez Segovia, Marta; Díaz Godoy, Antonio; Bernal Moreno, Diego Antonio; Marín Herrero, María; de la Vega Olías, Coral; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: Dentro de los trastornos motores que afectan al músculo liso del esófago medio-distal y al esfínter esofágico inferior destacamos la acalasia. Resulta, entre otros, de la disminución de las células del plexo de Auerbach, la alteración de la regulación inhibitoria y la indemnidad de la actividad colinérgica posganglionar excitatoria. Todo ello condiciona la aperistalsis esofágica y la relajación incompleta/ausente del EEI; alteraciones estudiadas por la manometría de alta resolución, que constituye el método de diagnóstico más eficaz y permite su clasificación. El tratamiento es paliativo y se basa en medidas farmacológicas, endoscópicas o quirúrgicas encaminadas a la disminución del tono basal del EEI. Su incidencia es de 2-3/100.000 habitantes, diagnosticándose entre los 25 y 60 años sin distinción por sexo.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo observacional descriptivo entre 2017 y 2021 en un Hospital General de Especialidades, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de acalasia, ingresados en cualquier servicio.

Resultados: Se incluyen 13 pacientes, 8 varones y 5 mujeres, diagnosticados de acalasia entre los 35 y 85 años (69,2% > 42 años). El 92,3% de los casos presentan disfagia; 61,5%, regurgitaciones; 30,8%, dolor retroesternal; y 46,2%, pérdida de peso. Con esto, el 76,9% de los pacientes tienen un índice de Eckardt inicial mayor o igual a 3. Solo 2 de los casos estudiados son secundarios a neoplasia de UEG. En la mayoría de los pacientes el diagnóstico es endoscópico, con un 53,8% de manometrías y solo 3 MAR, clasificados como Chicago I o II. El esofagograma se realiza en el 61,5% de los casos. 3 pacientes reciben tratamiento con dinitrato de isosorbide. El 76,9% se someten a tratamiento endoscópico: 2 pacientes añosos pluripatológicos, a varias infiltraciones de toxina botulínica; 7 pacientes, a dilataciones; y en 1 paciente con neoplasia de UEG se coloca prótesis. Se registra un 46,2% de recurrencias y un 23,1% de persistencias; 1 paciente se complica con perforación esofágica resuelta endoscópicamente. Se intervienen el 38,5%: 2 pacientes por recurrencia/persistencia de la clínica tras 3 dilataciones endoscópicas, otros 2 por recurrencia tras 1 dilatación y en otro caso se indica cirugía directamente ante el fracaso del tratamiento farmacológico. En todos los casos la técnica quirúrgica empleada es miotomía Heller + funduplicatura Dor. No se producen complicaciones. Tras la intervención, todos los pacientes son seguidos en consulta, objetivándose 1 caso de persistencia de la clínica con Eckardt 1 (sin implementarse nuevas medidas terapéuticas). La mortalidad es del 15,4%, coincidiendo con los 2 pacientes con acalasia secundaria.

Conclusiones: La acalasia es un TME infrecuente, cuya incidencia está aumentando coincidiendo con el uso de la MAR. La principal limitación de esta tecnología es su falta de accesibilidad, por lo que en nuestro

centro el diagnóstico se ha apoyado tradicionalmente en la endoscopia y la manometría convencional. Coincidiendo con la bibliografía, se demuestra un mejor control sintomático a largo plazo con la miotomía quirúrgica (vs dilatación endoscópica), constatándose en el seguimiento 1 solo caso de persistencia sintomática (con Eckardt inicial de 7 y evolutivo de 1).