



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-132 - "BLOWN-OUT MYOTOMY" COMO COMPLICACIÓN POSMIOTOMÍA: ANÁLISIS DE ESTA COMPLICACIÓN EN NUESTRO CENTRO

Natalia Iriarte Gurbindo, Óscar Pérez Aznar, Glòria Ramoneda i Gasch, Silvia Pinto Martínez, Cecilia Bitrián Sistac, Eric Allemant Castañeda, María Gómez Alonso y Fermín Estremera Arévalo

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: La miotomía endoscópica peroral (POEM) es un tratamiento de primera línea de trastornos motores esofágicos como la acalasia junto con la miotomía quirúrgica y la dilatación con balón. El 10-20% de los pacientes con acalasia siguen estando sintomáticos después de realizar una miotomía endoscópica o quirúrgica. En ocasiones esta falta de respuesta al tratamiento se asocia con la aparición de un pseudodivertículo o dilatación esofágica en la zona donde se ha realizado la miotomía. Esta condición se ha definido recientemente como “blown-out myotomy” (BOM).

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo sobre un registro prospectivo en nuestro centro. Valoramos a los pacientes en los que se realizó una técnica POEM entre julio de 2016 y octubre de 2024. Estudiamos cuántos pacientes presentaban una recidiva sintomática tras una primera miotomía quirúrgica o endoscópica. Posteriormente evaluamos en cuántos de dichos pacientes con recidiva sintomática había hallazgos compatibles con un BOM.

Resultados: En nuestro centro se han realizado un total de 315 técnicas POEM sobre esófago distal y cardias en el periodo considerado. Se detectaron un total de 6 casos de “blown-out myotomy” mediante técnicas endoscópicas, lo que representa el 1,9% de nuestra muestra. En 4/6 pacientes con BOM la miotomía se había realizado de forma endoscópica. En los 2 restantes de manera quirúrgica. En 3/6 pacientes (50%) la miotomía inicial se había realizado por un diagnóstico de acalasia tipo III, mientras que la prevalencia de acalasia tipo 3 es del 3,49% en la serie global. 2/6 pacientes presentaban un espasmo esofágico distal. En el paciente restante la miotomía se realizó por diagnóstico de acalasia tipo II. La mediana de tiempo transcurrido desde la primera miotomía realizada hasta la reaparición de los síntomas fue de 34 meses. 3/6 pacientes presentaban una puntuación de 1 en la escala de Eckardt para disfagia tras realizar la miotomía. Estos tres pacientes presentaban puntuaciones de 3, 3 y 7 en dicha escala en el momento de la recidiva sintomática. En 4/6 pacientes el tratamiento del BOM consistió en realizar una segunda miotomía mediante técnica POEM. Los dos pacientes restantes están pendientes de realizar una segunda técnica. En pacientes que continúan con síntomas tras la segunda miotomía nuestro manejo propuesto es una esofagoplastia con sutura endoscópica.

Conclusiones: El BOM es una causa infrecuente de recidiva de los síntomas en pacientes con miotomía previa por trastornos motores esofágicos distales. El tiempo medio de desarrollo de un BOM es variable. Los trastornos motores esofágicos que afectan al cuerpo esofágico (acalasia tipo III, esófago hipercontráctil, espasmo esofágico distal) parecen asociarse con mayor riesgo de desarrollar BOM tras la miotomía. La respuesta inicial tras la miotomía no parece ser de utilidad para predecir qué pacientes van a presentar una

