



REPARACIÓN MEDIANTE PRÓTESIS DE UNA PERFORACIÓN TRAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN UN PACIENTE CON ACALASIA

Sr. Director: La acalasia es un trastorno motor primario de etiología desconocida que consiste en una falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) causando disfagia. Dentro de las posibilidades terapéuticas se encuentran el tratamiento farmacológico, la inyección de toxina botulínica, la cirugía y la dilatación endoscópica. A continuación describimos cómo solucionamos con éxito, en nuestro caso, una de las complicaciones más temidas de la dilatación endoscópica: la perforación. Se trata de un varón de 71 años de edad, diagnosticado de acalasia con intolerancia al tratamiento médico (bloqueadores del calcio). Acude de forma programada para la realización de dilatación neumática del EEI. Se realiza gastroscopia encontrándose cierta estenosis en zona cardial, con mucosa normal, que se vence con el endoscopio. Se procede a la dilatación de la zona cardial con balón de 3 cm y se comprueba posteriormente un desgarro con leve sangrado. Se solicita estudio radiológico de tórax, en el que se aprecia una línea de neumomediastino. En el estudio con gastrografía aparece una fuga en zona cardial aparentemente contenida. Se decide, tras consultar con el servicio de cirugía, colocar una prótesis esofágica con malla cubierta y válvula antirreflujo. A través del estudio radiológico posterior con gastrografía se observa cómo pasa éste a través de la prótesis situada en el esófago distal sin observarse fugas de contraste ni otras alteraciones. En los días posteriores a la colocación protésica, el paciente se encuentra asintomático, por lo que se decide dar el alta aconsejando seguir con la medicación que tomaba con anterioridad añadiendo omeprazol 20 mg, un comprimido cada 12 h. Al mes se procede a la retirada de la prótesis visualizándose un esófago mamelonado y una deformidad pseudodiverticular distal sin evidencia de fugas. El paciente evoluciona favorablemente, encontrándose asintomático un mes más tarde de la retirada de la prótesis, sin disfagia y tolerando bien la dieta. Con respecto al tratamiento médico –bloqueadores del calcio y nitratos–, hay que señalar que éstos producen una mejoría transitoria de la sintomatología además de tener efectos secundarios importantes, por lo que raramente se usan como tratamiento a largo plazo y deben limitarse a los pacientes con enfermedad poco evolucionada o pacientes en los que no están indicadas las otras técnicas terapéuticas¹. Por su parte, la toxina botulínica se aconseja en pacientes no candidatos a cirugía o de dilatación, y es más efectiva en pacientes mayores de 55 años o con una presión basal del EEI no muy elevada^{2,3}. La toxina botulínica, a corto plazo, es tan segura y efectiva como la dilatación endoscópica; sin embargo, dado su efecto transitorio es necesario realizar sucesivas reinyecciones para mantener un efecto a largo plazo, lo que encarece el procedimiento con respecto a la dilatación⁴.

La miotomía laparoscópica de Heller es el procedimiento quirúrgico de elección en la acalasia, asociando una técnica antirreflujo en los casos en que la motilidad esofágica sea adecuada, ya que presenta la misma seguridad y efectividad que la dilatación endoscópica, aunque otros estudios señalan que a largo plazo la cirugía presenta un mejor resultado que la dilatación^{5,6}.

Hay varios estudios que recomiendan la dilatación endoscópica como primera línea de tratamiento a largo plazo, midiendo la efectividad en términos clínicos y manométricos con una tasa de perforación del 2% aproximadamente; el tratamiento de elección en este caso es la cirugía mediante toracotomía, ya que por la habitual localización de la perforación (posterolateral) dificulta mucho la vía laparoscópica⁷⁻⁹.

En nuestro caso, proponemos otra alternativa efectiva para la reparación de las perforaciones esofágicas tras realizar dilatación endoscópica, que consiste en la colocación inmediata de una prótesis autoexpandible esofágica tras evidenciar la perforación. Su colocación durante un mes ha permitido sellar la fuga sin necesidad de cirugía y no se han producido complicaciones secundarias al empleo de las prótesis, como la hemorragia, la migración o la perforación con el riesgo importante de mediastinitis que ello conlleva¹⁰. Tampoco se evidenció, desde el punto de vista clínico, un empeoramiento del paciente en cuanto a su sintomatología inicial, ni éste presentó las posibles complicaciones derivadas de la perforación. Además, a su favor hay que señalar que es menos agresiva con respecto a la cirugía, por lo que podría considerarse como primera elección en los pacientes de alto riesgo quirúrgico.

De todas formas, es aún demasiado pronto para considerarla como técnica de primera elección ante perforaciones esofágicas ya que se precisa de numerosos estudios que corroboren la utilidad de este procedimiento, así como estudios que comparen las 2 técnicas hoy día vigentes: prótesis frente a cirugía. Por otro lado, desconocemos el tiempo necesario que debe permanecer colocada la prótesis para obtener una mayor efectividad.

ANA BELÉN DÍAZ ROCA, PABLO RUIZ, JONE ORTIZ DE ZÁRATE, ÁNGEL CALDERÓN, SILVIA MARTÍNEZ, FRANCISCO POLO, PILAR CABEZUDO, SONIA BLANCO, FELICIDAD OBREGÓN, PEDRO SAN SALVADOR DEL VALLE, JOSÉ IGNACIO VARELA Y VÍCTOR ORIVE
Servicio de Aparato de Digestivo. Pabellón Revilla (1.ª planta).
Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaufman JA, Oelschlager BK. Treatment of achalasia. *Gastroenterology*. 2005;8:59-69.
2. Zaninotto G, Annese V, Costantini M, Del Genio A, Costantino M, Epifani M, et al. Randomized controlled trial of botulinum toxin versus laparoscopic heller myotomy for esophageal achalasia. *Gastroenterology*. 2004;127:1850-2.
3. Neubrand M, Scheurlen C, Schepke M, Sauerbruch T. Long-term results and prognostic factors in the treatment of achalasia with botulinum toxin. *Endoscopy*. 2002;34:580-1.
4. Zárate N, Mearin F, Baldovino F, Armengol JR, Malagelada JR. Achalasia treatment in the elderly: is botulinum toxin injection the best opinion? *Gastroenterol Hepatol*. 2002;14:285-90.
5. Suárez J, Mearin F, Boque R, Zanon V, Armengol JR, Pradell J, et al. Laparoscopic myotomy versus endoscopic dilation in the treatment of achalasia. *Surg Endosc*. 2002;16:75-7.
6. Tosato F, Passaro U, Scocchera F, Vasapollo L, Giordani D, Paolini A. Dilatation versus surgery in the treatment of cardiac achalasia. *Minerva Chir*. 1998;53:203-11.
7. Boztas G, Mungan Z, Ozdil S, Akuz F, Karaca C, Demir K, et al. Pneumatic balloon dilatation in primary achalasia: the long-term follow-up results. *Hepatogastroenterology*. 2005;52:475-80.
8. Hunt DR, Wills VL, Weis B, Jorgensen JO, DeCarle DJ, Coe JI. Management of esophageal perforation after pneumatic dilatation for achalasia. *J Gastrointest Surg*. 2000;4:411-5.
9. Montresor E, Mangiante G, Mainente M, Iacono C, Bortolasi L, Costantini E, et al. Perforation of the esophagus during pneumatic dilatation in achalasia. *Chir Ital*. 1999;51:65-71.
10. Recipi A, Romagnoli R, Reggio D. Successful closure of a postsurgical benign esophagomediastinal fistula by temporary placement of a polyester, expandable stent: a case report and review. *Gastrointestinal Endosc*. 2002;56:747-50.