

Revisión bibliográfica a propósito de un caso de acalasia

Diego Castañeda-Garay, Juan Ulloa-Robles, Antonio Mora-Huerta y
Rodrigo Prieto-Aldape.

Autor para correspondencia

Diego Castañeda Garay. Servicio de Cirugía General, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara
"Fray Antonio Alcalde", Jalisco, MX.

Domicilio: Hospital 278, Col. El Retiro. Guadalajara, Jalisco, México.

Teléfono: (33) 39424400. Celular: 0443315397620

Contacto al correo electrónico: diego.castaneda.garay@gmail.com

Palabras clave: acalasia.

Keywords: achalasia.



Revisión bibliográfica a propósito de un caso de acalasia

Castañeda-Garay D, Ulloa-Robles J, Mora-Huerta A, Prieto-Aldape R

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 63 años con recurrencia de los síntomas de acalasia posterior a una miotomía de Heller hace 15 años. En el abordaje de la paciente se demostró hipertensión del esfínter esofágico inferior así como dilatación del cuerpo esofágico. Se explora quirúrgicamente vía laparoscópica encontrando una miotomía incompleta con funduplicatura tipo Toupet. Realizamos miotomía acorde a lineamientos actuales con funduplicatura parcial tipo Dor. Durante el postquirúrgico la paciente tolera líquidos y papilla, posteriormente en el postquirúrgico temprano recurren los síntomas. Abordamos la literatura buscando evidencia sobre reintervenciones por acalasia, así como las opciones terapéuticas disponibles. El caso que se presenta constituye una población escasa donde una reintervención por acalasia con miotomía de Heller con funduplicatura parcial de Dor, no mejora la sintomatología, siendo este caso un terreno poco explorado debido a la efectividad de los tratamientos actuales.

Palabras clave: *acalasia.*

Achalasia: A case report and literature review

Abstract

We report the case of a patient of 63 years with recurrent symptoms of achalasia after Heller myotomy. The patient had high pressure in the lower esophageal sphincter and esophageal dilation. The laparoscopic exploration found an incomplete myotomy with Toupet fundoplication. We performed according to current guidelines myotomy Dor with partial fundoplication. During the postoperative, the patient tolerated liquids, but had relapse of the symptoms. The case presented represents a small population in which reoperation for achalasia with myotomy Heller Dor with partial fundoplication, the symptoms do not improve. This area is little explored due to the effectiveness of most treatments.

Key words: *achalasia.*

Servicio de Cirugía General, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", MX.

Autor para correspondencia

Servicio de Cirugía General, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

Domicilio: Hospital 278, Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco, México.

Teléfono: (33) 39424400. Celular: 044335397620

Contacto al correo electrónico: diego.castaneda.garay@gmail.com

Introducción

La acalasia es un proceso crónico e incurable, caracterizado por la incompleta relajación del esfínter esofágico inferior y aperistalsis del cuerpo esofágico causando incapacidad para el paso de los alimentos, referido clínicamente como disfagia, dolor retroesternal, y malnutrición.^{1,2} Existe su descripción desde 1679 por Sir Thomas Willis hasta su tratamiento eficaz en 1913 por Ernest Heller acuñándose el término de acalasia con raíz griega que significa falla en la relajación.^{1,3-5} No existe diferencia entre hombres y mujeres, con una incidencia de 1.63/100,000 habitantes y una prevalencia 10.82/100,000 habitantes. Su etiología es desconocida, se asocia a procesos autoinmunes, virales y procesos neurodegenerativos centrales.^{1,5-7}

Presentación de caso

Se trata de femenina de 63 años de edad con antecedente de diagnóstico de acalasia previamente tratada con miotomía de Heller (MH) con funduplicatura de Toupet 15 años previos quien fue enviada al servicio de Cirugía General por presentar disfagia. Refirió haber iniciado en abril de 2014 con disfagia a sólidos y líquidos, por lo que fue tratada con una dilatación neumática endoscópica (DNE) sin haber presentado mejoría clínica.

Al haber sido valorada se decidió realizar un esofagograma que reportó dificultad del paso del medio de contraste en el tercio distal del esófago y unión gastroesofágica (UEG), estenosis filiforme que obliteraba el 95% del calibre normal a ese nivel, además de dilatación esofágica relación 4:1 en todo el trayecto, por lo que se catalogó como recurrencia de acalasia. Se realizó una endoscopia que reportó estrechez a nivel de la UEG con anillo fibroso que permitía el paso del endoscopio, se tomaron biopsias del anillo fibroso, y se identificó funduplicatura parcial funcional.

La manometría reportó alteraciones motoras primarias y secundarias en el esfínter esofágico inferior (EEI) con presión basal de 25 mmHg, relajación incompleta en el 50%, presión residual de 19 mmHg, 100% de contracciones aperistálticas, simultáneas, interrumpidas, no progresivas y no propulsivas, compatible con acalasia con compresión esofágica de la nueva clasificación de Chicago. Para completar el abordaje se realizó TAC contrastada donde se evidenció dilatación esofágica con estrechez a nivel del tercio distal sin haber medio de contraste en la cavidad gástrica y se descartó la presencia de lesiones extrínsecas compresivas sugestivas de neoplasia.

Se decidió realizar una cirugía de revisión por vía laparoscópica con asistencia endoscópica transoperatoria con el objetivo de evaluar una nueva miotomía de Heller (MHD). En el procedimiento quirúrgico se encontró abdomen con múltiples adherencias: laxas y firmes, funduplicatura tipo Toupet, la cual fue desmantelada identificando mediante transiluminación endoscópica una miotomía incompleta. Se realizó extensión de la miotomía hasta lograr 5 cm sobre la cara anterior del esófago y 3 cm hacia la porción del estómago corroborado por transiluminación endoscópica en el transoperatorio. Para finalizar se configuró funduplicatura parcial tipo Dor. Durante la cirugía hubo perforación en el

fondo gástrico de 1 cm que se resolvió sin complicaciones.

En el post operatorio inmediato la paciente evolucionó de manera satisfactoria, presentó tolerancia a líquidos en las primeras 24 horas y posteriormente tolerancia a papillas. 48 horas posteriores a su egreso refirió disfagia a sólidos y ocasionalmente a líquidos.

Se realizó esofagograma post quirúrgico en el que se reportó dilatación esofágica a nivel del tercio proximal torácico con presencia de espasmo a ese nivel, disminución de la peristalsis y desplazamiento derecho de todo el esófago. Mediante TAC se encontró esófago lateralizado a la derecha, dilatación esofágica con diámetro máximo de 3 cm en el tercio medio con disminución del calibre en la UEG y engrosamiento de las paredes del esófago. Se visualizó medio de contraste en estómago.

La paciente fue egresada con dieta líquida y papilla, permaneciendo con tolerancia aceptable. Fue valorada en varias ocasiones por recurrencia de disfagia, la cual fue manejada con cambios en la dieta y 4 sesiones de DNE. El último control endoscópico reportó ausencia de peristalsis esofágica, esofagitis difusa con edema y múltiples ulceraciones con áreas pseudodiverticulares, edema en la unión gastroesofágica con zonas pseudopolipoides y estenosis que en ocasiones impide el paso del endoscopio.

Discusión y revisión de la literatura

El estudio de un paciente con sospecha de acalasia consiste en identificar la función del EEI y las características del resto del esófago por lo que el estudio diagnóstico considerado estándar de oro es la manometría esofágica; mientras el tratamiento quirúrgico mediante MH es considerado el procedimiento de elección, este tiene un carácter paliativo ofreciendo mejoría en los síntomas con mínimas consecuencias y buenos resultados a largo plazo.⁸⁻¹⁰ Nuestro caso tuvo factores que predijeron recaída y falla al tratamiento como hipertensión del EEI y fibrosis en el estudio endoscópico, siendo estas la explicación de recurrencia en un tercio de los pacientes.¹¹ A su vez, de acuerdo a lo publicado por Omura y cols. donde se estudiaron los factores que predisponen a re-intervención en acalasia, nuestra paciente presentó miotomía incompleta y fibrosis.¹² A pesar de haber realizado una cirugía cuidadosa con vigilancia endoscópica transoperatoria la paciente persistió con disfagia en el postquirúrgico temprano, esto a consecuencia de diverticulosis esofágica, sin embargo es necesario descartar en todos los pacientes procesos neoplásicos.

En 1994 Goldblum y cols. publicaron evidencia sobre la relación directa entre la estasis alimenticia en los pacientes con acalasia y la esofagitis crónica. Nuestra paciente ha tenido episodios repetitivos de esofagitis con varios grados de afectación, siendo posible en la última revisión endoscópica observar el estómago, donde se reportó funduplicatura funcional no apretada. Atribuimos que el papel del proceso inflamatorio crónico ha sido relevante en el desarrollo de las lesiones pseudo-diverticulares y pólipos en la zona de la UEG que contribuyen a la recurrencia de la clínica.¹³

Técnica quirúrgica

Miotomía de Heller. En 2012 se publicó una serie

retrospectiva de 66 casos tratados por primera vez por acalasia. Allí se clasificaron las recurrencias en tempranas cuando aparecen antes de 1 mes y tardías cuando son posteriores a este tiempo. Las complicaciones tempranas estuvieron relacionadas con falla en la totalidad de la técnica, mientras que las tardías fueron: miotomías incompletas (33%), fibrosis (27%), funduplicatura apretada (7%) y el resto, una combinación de fibrosis y miotomía incompleta.¹⁴

El grupo de la Universidad Jikei en Tokio, publicó en 2012 una serie de 299 casos de pacientes con acalasia compilados durante el periodo de 1994 a 2010 que fueron sometidos a miotomía de Heller con funduplicatura tipo Dor laparoscópico (MHD) con endoscopia transquirúrgica.¹² En esta serie se encontró que en 10-15% de los pacientes los síntomas recurrirán independientemente de la técnica y se alcanzó control de la sintomatología en el 70-90% de los pacientes, recomendando que en aquellos pacientes con síntomas recurrentes se debe de buscar otras causas de disfagia como fibrosis o alteraciones psicógenas.

En 2009 Snyder y cols. publicó una cohorte de 134 pacientes tratados con MHD, donde estudiaron el impacto de la dilatación endoscópica e inyección de toxina botulínica previo a la intervención quirúrgica. Ellos clasificaron a los pacientes en dos grupos: con 0-1 y 2 o más intervenciones no quirúrgicas. Los pacientes sometidos a dos o más intervenciones necesitaron intervenciones adicionales (grupo 0-1 7% vs grupo >1 28% $p=0.001$). En el grupo de 2 o más intervenciones hubo mayor número de restricciones dietéticas (grupo 0-1 74% vs grupo >1 48% $p=0.04$) y mayor requerimiento del uso de inhibidor de bomba de protones (grupo 0-1 24% vs grupo >1 52% $p=0.02$). Separando por tipo de intervención existe un mayor número de fallos en el grupo con aplicación de toxina botulínica sin ser estadísticamente significativo. Los autores proponen que a mayor número de intervenciones endoscópicas, mayor es la fibrosis y aumentan las fallas en el tratamiento quirúrgico.¹¹

Miotomía de Heller comparado con la dilatación endoscópica neumática. El Ensayo Europeo de Investigadores en Acalasia, estudio aleatorizado multicéntrico internacional publicado en 2011 incluyó 199 pacientes sometidos a DNE o MHD con un seguimiento promedio de 43 meses. En este estudio se incluyeron pacientes con presión en el EEI de >10 mmHg en la relajación inducida por deglución, con edad de 18-75 años y con una escala de Eckardt >3. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedad cardiopulmonar severa, los que fueron tratados previamente por acalasia, pseudoacalasia, mega esófago, cirugía gástrica o diverticulosis esofágica distal. 93 pacientes fueron sometidos a DNE y 106 a MHD con el objetivo de disminuir la escala de Eckardt igual o menor de 3. Los resultados demostraron que el grupo de MHD tuvo un éxito del 93% a 1 año y 90% a dos años ($p=0.46$) en comparación con el grupo de DNE con 90% a 1 año y 86% a 2 años ($p=0.46$).^{15,16}

Reintervenciones en acalasia. En la serie de 106 casos reintervenidos por acalasia publicada por Iqbal y cols. las causas de la falla de la primera intervención fue una miotomía incompleta en el 33%, unión de los bordes de la miotomía por

fibrosis 27%, falla en la funduplicatura 13%, funduplicatura apretada 7% y una combinación de fibrosis y miotomía incompleta en el 20%. Los pacientes fueron sometidos a MHD laparoscópico, con una mejoría de los síntomas, 71% mejoró la disfagia, 89% la regurgitación, 58% la pirosis y 40% el dolor retroesternal. No se encontraron diferencias entre los paciente con DNE o aplicación de toxina botulínica, comparando perforación transquirúrgica, tiempo quirúrgico o tipo de intervención. Concluyeron que la reintervención en acalasia con MHD es un método eficaz y seguro.⁹

Una revisión publicada en 2014 por Patti y Fisichella presentó las alternativas de tratamiento en pacientes con acalasia de primera vez o en reintervenciones, donde se propuso a la miotomía de Heller laparoscópico con funduplicatura de Dor o Toupet como primera opción terapéutica y en caso de falla, DNE. Si los síntomas recurren se puede optar por rehacer Heller o una miotomía endoscópica oral (POEM); teniendo como último recurso en caso de falla la esofagectomía.^{17,18}

Conclusiones

Debido al estado general de la paciente y la complejidad del caso y siendo la DNE un tratamiento aceptado con buenos resultados, la paciente fue sometida a endoscopia y dilatación en múltiples ocasiones con mejoría temporal en la sintomatología, fue reintervenida con MHD bajo vigilancia endoscópica resultando parte del 29% de los pacientes que una nueva miotomía no mejora la sintomatología. Estos episodios de mejoría y recurrencia han impactado de manera negativa el estado nutricional de la paciente. En vista de que una miotomía y manejo endoscópico no han sido suficientes, se abre la posibilidad a una nueva intervención quirúrgica, tendríamos como opción sustitución esofágica según nuestra revisión, sin embargo se tiene que valorar de manera adecuada el riesgo-beneficio de cualquier intervención.^{9,15,17,18}

Conflicto de interés. Los autores de este artículo no tienen ningún conflicto de interés con la información aquí presentada.

Referencias bibliográficas

1. Beck WC, Sharp KW. Achalasia. *Surg Clin North Am*. 2011;91(5):1031-7.
2. Sadowski DC, Ackah F, Jiang B, Svenson LW. Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study. *Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2010 Sep [cited 2015 May 2];22(9):e256-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20465592>
3. Hurst a F, Rowlands RP. Case of Achalasia of the Cardia relieved by Operation. *Proc R Soc Med*. 1924;17(Clin Sect):45-6.
4. Ghoshal UC, Daschakraborty SB, Singh R. Pathogenesis of achalasia cardia. *World J Gastroenterol*. 2012;18(24):3050-7.
5. Kraichely RE, Farrugia G, Pittcock SJ, Castell DO, Lennon V a. Neural autoantibody profile of primary achalasia. *Dig Dis Sci*. 2010;55(2):307-11.
6. Kahrilas PJ, Bredenoord a. J, Fox M, Gyawali CP, Roman S, Smout a. JPM, et al. The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2015;27(2):160-74. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nmo.12477>
7. Sinagra E, Gallo E, Mocciaro F, Stella M, Malizia G, Montalbano LM, et al. JC Virus, Helicobacter pylori, and Oesophageal Achalasia: Preliminary Results from a Retrospective Case-Control Study. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2012;58(5):1433-4. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10620-012-2485-9>
8. Tsuboi K, Hoshino M, Srinivasan A, Yano F, Hinder R a., Demeester TR, et al. Insights gained from symptom evaluation of esophageal motility disorders: A review of 4,215 patients. *Digestion*. 2012;85(3):236-42.
9. Iqbal a., Tierney B, Haider M, Salinas VK, Karu a., Turaga KK, et al. Laparoscopic re-operation for failed Heller myotomy. *Dis Esophagus*. 2006;19:193-9.
10. Torres-Villalobos G, Martin-Del-Campo LA. Surgical treatment for achalasia of the esophagus: Laparoscopic heller myotomy. *Gastroenterol Res Pract*. 2013;2013.
11. Snyder CW, Burton RC, Brown LE, Kakade MS, Finan KR, Hawn MT. Multiple preoperative endoscopic interventions are associated with worse outcomes after laparoscopic Heller myotomy for achalasia. *J Gastrointest Surg*. 2009;13(12):2095-103.
12. Omura N, Kashiwagi H, Yano F, Tsuboi K, Yanaga K. Reoperations for esophageal achalasia. *Surg Today*. 2012;42(11):1078-81.
13. Goldblum JR, Whyte RI, Orringer MB, Appelman HD. Achalasia. A morphologic study of 42 resected specimens. *Am J Surg Pathol* [Internet]. 1994 Apr [cited 2015 Nov 26];18(4):327-37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8141427>.
14. Li J, Lieb J, Gianos M, Szomstein S, Sesto M, Rosenthal RJ. Reasons and Prevalence of Reoperations After Esophagomyotomy for Achalasia. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2012;22(5):392-5.
15. Wu JCY. Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia. *J Neurogastroenterol Motil*. 2011;17(3):324-6.
16. Eckardt AJ, Eckardt VF. Treatment and surveillance strategies in achalasia: an update. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. *Nature Publishing Group*; 2011;8(6):311-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2011.68>.
17. Patti MG, Fisichella PM. Controversies in Management of Achalasia. *J Gastrointest Surg*. 2014;1705-9.
18. Stefanidis D, Richardson W, Farrell TM, Kohn GP, Augenstein V, Fanelli RD. SAGES guidelines for the surgical treatment of esophageal achalasia. *Surg Endosc Other Interv Tech*. 2012;26(2):296-311.