



Original

Tratamiento laparoscópico de la acalasia. Análisis de resultados y reflexiones sobre la técnica

Xavier Feliu*, Pere Besora, Ramón Clavería, Josep Camps, David Salazar, Xavier Viñas y Josep M. Abad

Servicio de Cirugía General, Hospital General d'Igualada, Igualada, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de agosto de 2010

Aceptado el 1 de noviembre de 2010

On-line el 20 de enero de 2011

Palabras clave:

Acalasia

Miotomía de Heller

Laparoscopia

RESUMEN

Introducción: La miotomía de Heller por vía laparoscópica es el mejor tratamiento que podemos ofertar a los pacientes con acalasia. Al no actuar sobre la causa de la enfermedad sino que únicamente aliviamos la sintomatología la persistencia de los síntomas puede no desaparecer. **Objetivo:** Analizar los resultados de nuestro grupo en el tratamiento de la acalasia por vía laparoscópica.

Material y métodos: Se revisan los resultados pre y postoperatorios de una serie de 20 pacientes intervenidos prospectivamente por vía laparoscópica de acalasia durante el período comprendido entre mayo de 2003 y abril de 2010. Para ello se ha utilizado una modificación de la escala de de gradación progresiva de los síntomas pre y postoperatorios descrita por Velanovich para el RGE (escala de 0-5). También se han recogido las complicaciones y estancia hospitalaria.

Resultados: Se ha practicado una miotomía de Heller amplia asociando un mecanismo anti-reflujo tipo Dor en todos los casos. No se han producido perforaciones esofágicas ni complicaciones intraoperatorias. Dos (10%) pacientes han presentado complicaciones postoperatorias. La estancia hospitalaria ha sido de $3,11 \pm 2,13$ días. Tras un seguimiento medio de $55,8 \pm 14,1$ meses los síntomas estudiados han disminuido significativamente tras la cirugía. Sólo 3 pacientes (15%) han presentado clínica postoperatoria de RGE. Diecinueve pacientes (95%) refirieron estar satisfechos con el resultado de la intervención.

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico de la acalasia es una técnica segura, reproducible y efectiva, que consigue un control de los síntomas de la acalasia muy satisfactorio con una mínima morbilidad.

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Laparoscopic treatment of achalasia: analysis of results and reflections on the technique

ABSTRACT

Introduction: Heller myotomy using the laparoscopic approach is the best treatment that we can offer to patients with achalasia. On not acting on the cause of the disease, we can only alleviate the persistence of the symptoms, but not make them disappear.

Keywords:

Achalasia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 16255xfp@comb.es (X. Feliu).

0009-739X/\$ - see front matter © 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.11.004

Heller myotomy
Laparoscopy

Objective: To analyse the results of our group in the treatment of achalasia by laparoscopy.
Material and methods: The pre- and post-operative results are analysed of a series of 20 patients intervened prospectively by laparoscopy of achalasia during a period from May 2003 to April 2010. For this we used a modification of the grading scale of pre- and post-operative symptoms described by Velanovich for GER (a scale from 0-5). Data on the complications and the hospital stay were also collected.

Results: A wide Heller myotomy was performed using a Dor type antireflux mechanism. There were no oesophageal perforations or complications during the surgery. Two (10%) patients had postoperative complications. The mean hospital stay was 3.11 ± 2.13 days. After a mean follow up of 55.8 ± 14.1 months, the symptoms studied had significantly decreased after the surgery. Only 3 (15%) patients had clinical symptoms of GER after surgery. Nineteen patients (95%) said they were satisfied with the operation.

Conclusions: The laparoscopic treatment of achalasia is a safe technique, reproducible and effective technique, which achieves very satisfactory control of the achalasia symptoms with a minimum of morbidity.

© 2010 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La acalasia es una alteración de la motilidad esofágica poco frecuente, con una incidencia alrededor de un caso cada 100.000 habitantes/año. Se caracteriza por la desaparición de la peristalsis del cuerpo esofágico y la ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI)¹⁻⁴.

El síntoma más común es la disfagia y en menor grado la regurgitación y el dolor torácico.

La etiología es desconocida y su tratamiento se basa en intentar paliar la disfagia disminuyendo la presión del esfínter esofágico inferior. Para ello existen diversas opciones como son la dilatación neumática, la toxina botulínica o la cirugía, bien convencional por vía torácica o abdominal. En la última década se ha desarrollado y popularizado el acceso laparoscópico, que ha demostrado la misma efectividad que la referida previamente con la cirugía convencional^{5,6}, añadiéndole las ventajas de ser una técnica mínimamente invasiva, con un porcentaje de complicaciones aceptable y buenos resultados a largo plazo^{1,2,4,7-11}.

Presentamos un estudio prospectivo analizando los resultados de nuestro grupo en el tratamiento de la acalasia por vía laparoscópica.

Material y métodos

Desde mayo de 2003 hasta abril de 2010 hemos intervenido prospectivamente por vía laparoscópica 20 pacientes con acalasia

Ocho son varones y doce mujeres. La edad media es de $50,5 \pm 5,6$ años (rango: 21-73).

Dos pacientes (10%) presentaban patología, enfermedad, etc. gastroesofágica asociada: una paciente presentaba una hernia paraesofágica reparada durante la miotomía, asociando reducción herniaria, cierre de pilares y funduplicatura anterior. En otro caso se evidenció un divertículo esofágico en 1/3 medio que no se trató.

Cinco pacientes habían sido sometidos a dilataciones previas. Otro paciente se trató con toxina botulínica. En 14 casos la cirugía fue el primer tratamiento.

Técnica quirúrgica

En todos los casos se ha practicado una miotomía de Heller amplia, 8-10 cm por encima del EEI y 2 cm en la vertiente gástrica. La dislaceración muscular se realiza con tracción-contratracción y tijeras, sin usar instrumentos eléctricos a fin de evitar la perforación mucosa. Hemos realizado sistemáticamente una fibrogastroscoopia intraoperatoria. En todos los casos hemos asociado un mecanismo anti-reflujo tipo Dor.

A los 12 meses de la cirugía se ha realizado a todos los pacientes un TEGD y una fibrogastroscoopia.

Para poder valorar los resultados de la cirugía, dado que no existe ninguna escala de valoración en acalasia, adecuamos la descrita para el reflujo gastro-esofágico por Velanovich¹², consistente en una escala de gradación progresiva de los síntomas pre y postoperatorios de 0-5 (0: nunca y 5: diversas veces al día) (tabla 1).

Dicho cuestionario fue contestado preoperatoriamente por todos los pacientes. Entre enero de 2010 y abril de 2010 fueron revisados todos los pacientes para este estudio, realizando nuevamente el cuestionario a fin de comparar los resultados y valorar la eficacia terapéutica de la cirugía practicada.

Resultados

La cirugía se ha completado por vía laparoscópica en todos los casos sin necesidad de conversión.

No se han producido perforaciones esofágicas ni complicaciones intraoperatorias. Dos pacientes (10%) han presentado

Tabla 1 – Escala de Velanovich para el RGE adaptada para este estudio de acalasia

0 = No síntomas
1 = Síntomas leves esporádicamente
2 = Síntomas molestos pero no diariamente
3 = Síntomas molestos cada día
4 = Los síntomas afectan las actividades diarias
5 = Los síntomas son incapacitantes. Impiden realizar las actividades diarias

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253171>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253171>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)