

Esofagectomía transhiatal videoasistida en la acalasia esofágica

Videoassisted transhiatal esophagectomy for treatment of esophageal achalasia

Dr. Miguel A. Martín González, Dr. Augusto Zoilo Placeres, Dr. Javier Pérez Palenzuela

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

En ocasiones la acalasia esofágica necesita de una esofagogastrectomía, de ahí que se elija la vía transhiatal, de preferencia la realizada por mínimo acceso y con el empleo de un flebo-extractor. El objetivo de nuestro trabajo es valorar el empleo de un flebo-extractor como sustituto de la disección esofágica transhiatal mínimamente invasiva, en una paciente con acalasia esofágica. Se realizó este abordaje en una enferma de 37 años con disfagia, dilatación esofágica importante y desnutrición proteico-energética, después de ser operada en 2 ocasiones de esofagomiotomía mínimamente invasiva, por una acalasia esofágica. La cirugía duró 4 horas, sin complicaciones y con una estadía de 4 días. La esofagectomía transhiatal mínimamente invasiva, en algunos enfermos con acalasia, tiene todos los beneficios del mínimo acceso, y con el empleo de un flebo- extractor, se agiliza el proceder de forma segura.

Palabras clave: acalasia esofágica, esofagogastrectomía, esofagogastrectomía videoasistida.

ABSTRACT

Esophageal achalasia occasionally requires esophagogastrectomy, hence the transhiatal way is selected, preferably using minimal access and fleboextractor. The objective of this paper is to assess the use of fleboextractor as a replacement of

minimally invasive transhiatal esophageal dissection in a patient with esophageal achalasia. This procedure was performed in a 37 years-old patient with dysphagia, major esophageal dilation and protein-energetic undernourishment, who had been operated on twice from esophageal achalasia by using minimally invasive esophagomyotomy. The operation lasted 4 hours, without further complications and 4 day-length of stay at hospital. The minimally invasive transhiatal esophagectomy carries all the advantages of the minimum access procedure for some patients with achalasia, and the use of a fleboextractor can speed up the surgical procedure in a safe way.

Key words: esophageal achalasia, esophagogastrectomy, videoassisted esophagogastrectomy.

INTRODUCCIÓN

La acalasia esofágica es un desorden motor primario con una incidencia que afecta a 6 por 100 000 personas cada año y una patogénesis que se presume sea idiopática o debido a una degeneración neural infecciosa. Independientemente de la etiología, la afección involucra tanto al músculo del esófago como al del esfínter esofágico inferior, lo que hace que prevalezca la teoría de que la destrucción neural de este esfínter es primaria y que la degeneración en la función neuromuscular del cuerpo esofágico es secundaria. Este trastorno motor origina una hipertonia del esfínter esofágico inferior con su falta de relajación, asociado a un aumento de la presión en el resto del órgano, la disminución de la perístasis y de la amplitud de las ondas de contracción.¹

Para esta enfermedad, la esofagectomía se considera en enfermos sintomáticos con esófagos tortuosos (megaesófago), esófago sigmoideo o el fallo en más de una miotomía.^{1,2} El abordaje preferido es la disección transhiatal, descrito por primera vez por *Denk* en 1913,^{2,3} quien empleó un flebo-extractor para reseca el esófago en cadáver.³ En 1933 *Turner* realizó con éxito la primera resección de un cáncer de esófago por esta vía³ que más tarde popularizaría *Orringer*.^{2,3}

De Paula y otros, en 1995, realizaron las primeras resecciones esofágicas con técnica mínimamente invasiva, para lo cual utilizaron la vía transhiatal en pacientes con megaesófago por enfermedad de *Chagas* avanzada.^{4,5} Este abordaje, realizado con preservación vagal o con la inversión del esófago, son de elección en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades benignas del esófago.⁵

Debido a las ventajas de la esofagectomía por mínimo acceso, en relación con la vía abierta, es que realizamos este trabajo con el objetivo de valorar el empleo de un flebo-extractor como sustituto de la disección esofágica transhiatal mínimamente invasiva, en una paciente con acalasia esofágica.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 37 años de edad, con diagnóstico de acalasia, operada en dos ocasiones de esofagomiotomía mínimamente invasiva en otro centro. A su llegada a nuestro servicio tenía un peso de 45 kg y una talla de 1,64 m, para un

índice de masa corporal (IMC) de 16,7 kg/m². Asociado a una disfagia importante, por lo que se le realiza yeyunostomía alimentaria. Un año después la paciente se opera con un peso de 52,5 kg y un IMC de 19,6 kg/m². Los valores de los estudios hemoquímicos, incluido el de la albúmina, se encontraron entre rangos normales.

En la endoscopia digestiva alta la unión esofagogástrica tuvo apertura espontánea a la insuflación. La radiografía de esófago-estómago y duodeno mostró dilatación esofágica de 7 cm de diámetro, con abundantes secreciones en su interior y con ausencia de peristalsis en el estudio fluoroscópico, que se confirmó en la manometría esofágica.

Se realizó una esofagogastrectomía videoasistida con el empleo de un flebo-extractor de forma anterógrada, realizamos primero la maniobra de *Kocher*, luego localizamos la arcada gastroepiploica y seccionamos el epiplón gastrocólico, los vasos cortos, el epiplón gastrohepático, la membrana freno esofágica, los nervios vagos, y seccionamos los vasos coronarios izquierdos, previa disección. Realizamos una incisión de unos 4,5 cm que involucró el canal de la cámara, se exteriorizó el estómago, se pasó el flebo-extractor hacia la región cervical. Al unísono realizamos la cervicotomía izquierda para la movilización y sección del esófago cervical, fijándose el esófago al extractor (Fig.1), que traccionamos desde el abordaje abdominal, para completar la disección del esófago torácico (Fig. 2). Se confeccionó el tubo gástrico y la yeyunostomía se encontraba ya realizada.



Fig.1. Fijación del extremo distal del flebo-extractor al esófago cervical.

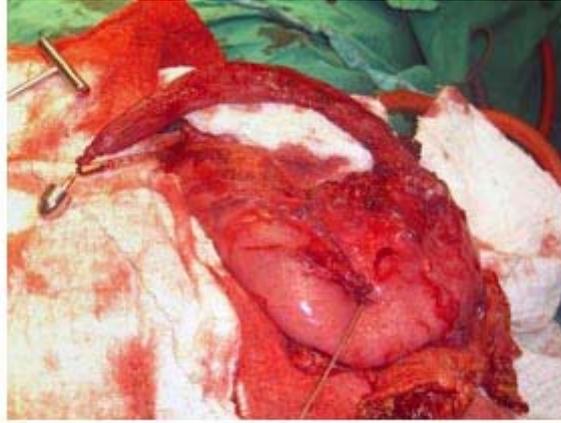


Fig. 2. Liberación esofágica con la tracción proximal del flebo-extractor.

Al final quedó una incisión de 4,5 cm (Fig. 3). Sangró 150 ml, el tiempo quirúrgico fue de 4 horas. No necesitó morfina de analgésico y el alta hospitalaria fue a los 4 días.



Fig. 3. Canales de trabajo e incisión accesoria para la confección del tubo gástrico.

DISCUSIÓN

Con el advenimiento de la cirugía de mínimo acceso, la esofagomiotomía de *Heller* se ha convertido, para la acalasia, en el tratamiento de primera elección^{6,7} o como alternativa en aquellos pacientes que no tienen respuesta con las terapias menos invasivas.⁷ A pesar de ello, el fracaso puede presentarse entre un 15-20 %, cuestión que hace necesario el empleo de otros procedimientos para mejorar los síntomas persistentes o los que recurren,⁸ a pesar de lo cual un 5% llegan a necesitar esofagectomía.⁷ La persistencia o fallo de la disfagia, puede deberse a una miotomía incompleta, en especial hacia el lado gástrico; a una fibrosis cicatrizal del esófago, a una obstrucción de la funduplicatura, al megaesófago o por complicaciones del reflujo, como la esofagitis o la estenosis péptica.⁹

Se considera la acalasia en estado terminal, cuando existe un esófago tortuoso o muy dilatado. Puede presentarse en enfermos previamente tratados, pero donde la dilatación o la esofagomiotomía falla en mejorar la disfagia o en prevenir el deterioro nutricional, hace que quede la esofagectomía como única opción.¹⁰ Este proceder se realizará también en el fallo de esofagomiotomías múltiples, en la ausencia de peristaltismo del esófago y cuando existe una estenosis péptica por reflujo no dilatada.⁸ En nuestro enfermo se practicó después de 2 esofagomiotomías previas, realizadas en otro centro. Posteriormente evolucionó con ausencia de peristalsis y gran dilatación del esófago.

Aunque en presencia de una desnutrición evidente se prefiere una gastrostomía percutánea,⁷ decidimos la realización de una yeyunostomía alimentaria previo al tratamiento definitivo, y se planeó emplear el estómago como sustituto esofágico.

Dentro de los abordajes del esófago, la vía transhiatal es la de elección en estos pacientes,¹¹ y el mínimo acceso particularmente efectivo por el menor trauma, la mejor visualización, las menores complicaciones cardiopulmonares y de la herida, así como una más rápida recuperación posoperatoria.^{12,13} La resección esofágica videoasistida con el empleo de un flebo-extractor, es una modificación a la realizada con la vía abierta por *Akiyama* y otros en 1994.¹³ Esta se puede realizar en retroversión, cuando el instrumento se pasa desde la región cervical hasta el abdomen, previa sección del estómago por debajo de la unión gastroesofágica y como paso final se tracciona hacia arriba, de esta forma se puede realizar un abordaje completamente laparoscópico; mientras la vía anterógrada, empleada en nuestra paciente, se realiza desde una incisión mínima del abdomen.^{13,14}

La esofagectomía transhiatal mínimamente invasiva, en algunos enfermos con acalasia, tiene todos los beneficios del mínimo acceso y con el empleo de un flebo-extractor, se agiliza el proceder de forma segura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maish M. Esophagus. En: Townsend MC, Beauchamp D, Evers BM, Mattox KC. Sabiston Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 18th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2007. p. 1049-106.
2. De Paula AL, Schraibman. Laparoscopic Transhiatal Esophagectomy: Resection for Curative Intent. En: Soper Nathaniel J, Swanstrom Lee L, Eubanks W Stephen, et.al . Mastery of Endoscopic and Laparoscopic Surgery: Indications and Techniques, 3th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 173-81.
3. Lin J, Iannettoni MD. Transhiatal Esophagectomy. Surg Clin N Am. 2005;85:593-610.
4. Roig-García J, Gironès-Vilà J, Garsot-Savall E, Puig-Costa M, Rodríguez-Hermosa J, Codina-Cazador A. Esophagectomía transtorácica y transhiatal mediante técnicas mínimamente invasivas. Experiencia en 50 pacientes. Cir Esp. 2008;83(4):180-5.
5. Dunst ChM, Swanström LL. Minimally Invasive Esophagectomy. J Gastrointest Surg. 2010;14:108-14.

6. Kashiwagi H, Omura N. Surgical treatment for achalasia: when should it be performed, and for which patients?. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2011 Jun;59(6):389-98.
7. Dughera L, Chiaverina M, Cacciottella L, Cisarò F. Management of achalasia. *Clin Exp Gastroenterol*. 2011;4:3341.
8. Glatz SM, Richardson JD. Esophagectomy for End Stage Achalasia. *J Gastrointest Surg*. 2007;11:11347.
9. Richter JE. Achalasia - An Update *Neurogastroenterol Motil*. 2010 July;16(3):232-42.
10. Howard JM, Ryan L, Lim KT, Reynolds JV. Oesophagectomy in the management of end-stage achalasia - case reports and a review of the literature. *Int J Surg*. 2011;9(3):204-8.
11. Palanivelu CH, Rangarajan M, Jategaonkar PA, Maheshkumaar GSH, Anand NV. Laparoscopic Transhiatal Esophagectomy for 'Sigmoid' Megaesophagus Following Failed Cardiomyotomy: Experience of 11 Patients. *Dig Dis Sci*. 2008;53:1513-8.
12. Schuchert MJ, Luketich JD, Landreneau RJ, Kilic A, Wang Y, Alvelo-Rivera M, et al. Minimally Invasive Surgical Treatment of Sigmoidal Esophagus in Achalasia. *J Gastrointest Surg*. 2009;13:1029-36.
13. Hoppo T, Jobe BA, Hunter JG. Minimally Invasive Esophagectomy: The Evolution and Technique of Minimally Invasive Surgery for Esophageal Cancer. *World J Surg*. 2011;35:1454-63.
14. Perry KA, Enestvedt CK, Diggs BS, Jobe BA, Hunter JG. Perioperative outcomes of laparoscopic transhiatal inversion esophagectomy compare favorably with those of combined thoracoscopiclaparoscopic esophagectomy. *Surg Endosc*. 2009;23:2147-54.

Recibido: 19 de agosto de 2012.

Aprobado: 13 de septiembre de 2012.

Dr. *Miguel A. Martín González*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba. Correo electrónico: miguelmg@infomed.sld.cu