

IV. ACALASIA

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Dr. Ariel A. Sabas, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Central, Mendoza, Argentina. Jefe de Trabajos Prácticos de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Jorge E. Abdala, ex Jefe de Residentes Servicio de Cirugía II. Hospital Central, Mendoza, Argentina.

Dr. Hugo C. Viglianco, Jefe de Residentes Servicio de Cirugía II. Hospital Central, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se analizan 18 enfermos portadores de acalasia o megaesófago. Cinco enfermos fueron tratados con dilataciones solamente por diferentes causas y los restantes fueron sometidos a cirugía. Del análisis del tratamiento quirúrgico concluimos que la operación de Heller modificada con mecanismo antirreflejo por vía abdominal es la técnica de elección para esta patología y que la operación de Thal-Nissen debe reservarse cuando hay recidiva o apertura de la mucosa. La escasa morbilidad y mortalidad de esta cirugía no justifica el tratamiento prolongado con dilataciones que perjudican el acto quirúrgico.

SUMMARY

Eighteen patients bearing achalasia have been analyzed. Five of them were treated with forceful dilation; due to different causes; the rest were operated on. From the analysis of the surgical treatment, we come to the conclusion that the Heller operation modified by the addition of an operative procedure in order to abolish gastroesophageal reflux, by the transabdominal route, is the technique of choice for this pathology. The Thal-Nissen procedure must be performed when recurrent achalasia or opening of the mucosa are present. The low morbidity and mortality rate of this surgery doesn't justify the treatment by dilation that would harm the surgical efforts.

La acalasia o megaesófago es una enfermedad que se caracteriza por presentar una incoordinación neuromuscular generalizada del esófago con ausencia del peristaltismo y falta de relajación del extremo inferior del esófago, lo que provoca una obstrucción funcional a nivel del segmento inferior (acalasia), con dilatación esofágica consecuente (megaesófago).⁽¹⁾

En cuanto a la etiología y patogenia de esa enfermedad se han hecho algunos adelantos merced a la microscopía electrónica, habiéndose hallado alteraciones a nivel del plexo de Auerbach del esófago, como así también degeneración walleriana de los nervios vagos, reducción de células en el núcleo motor dorsal y porción caudal del núcleo ambiguo del sistema nervioso central.⁽²⁾ Köberle ha demostrado nidos de leishmanias que provocan la destrucción de los plexos mientéricos.⁽³⁾

MATERIAL Y METODO

Se analizan dieciocho (18) enfermos portadores de acalasia, internados en el Servicio de Cirugía II del Hospital Central y en Servicios privados, desde 1969 a 1981. Pertenecen 9 al sexo masculino y 9 al femenino. Las edades oscilan entre 15 y 86 años, siendo el promedio de edad de 48 años.

Todos los enfermos consultaron por disfagia, cuya evolución varió entre 15 días y 10 años de antigüedad.

A 11 enfermos se les realizó reacción de Machado-Guerreiro, para la determinación de la en-

fermedad de Chagas, siendo la reacción positiva en 8 de ellos.

La patología asociada fue: un enfermo con megacolon sigmoide, otro con úlcera duodenal y otro con cáncer de esófago inferior. Muchos de estos enfermos presentaron neumonitis a repetición como consecuencia de las regurgitaciones.

El diagnóstico se basó fundamentalmente sobre el estudio radiológico y endoscópico. Siguiendo la clasificación radiológica de Resano y Malenchini⁽⁴⁾ en cuatro grados, los enfermos estudiados pertenecen:

- Grado I: 1 caso
- Grado II: 14 casos
- Grado III: 2 casos
- Grado IV: 1 caso

La prueba del Mecholil se practicó en 5 pacientes, siendo positiva en 4 de ellos y dudosa en el restante.

TRATAMIENTO Y RESULTADOS

Fueron tratados mediante dilataciones 5 enfermos, tres por rehusar la cirugía, otro por ser grado I y otro por tener un cáncer de esófago inferior agregado, a quien se le colocó un tubo de Souttar para mejorar su alimentación.

Los restantes 13 pacientes fueron tratados mediante cirugía, adoptándose la operación de Heller modificada, como la técnica de elección en 11 pacientes, 7 por vía abdominal y 4 por vía torácica, agregándosele a 9 de ellos mecanismos

antirreflujo como el propuesto por Olaciregui.⁽¹⁾ Los otros pacientes fueron sometidos a la operación de Thal-Nissen, 1 por vía abdominal y 2 por vía torácica. Se hicieron tres de estas operaciones, ya que un paciente presentó recidiva de la acalasia al año de operado con técnica de Heller y se reexploró por vía torácica realizándole la técnica anteriormente mencionada.

Las complicaciones fueron las siguientes: una enferma, ya mencionada, recidivó la sintomatología al año de operada y se realizó operación de Thal-Nissen por vía torácica, evolucionando finalmente bien. Había recibido, previa a la primera operación, numerosas dilataciones. Una enferma se complicó con fístula esofágica, al cerrar la mucosa que se había abierto, finalmente curando. Un enfermo grado IV con operación de Thal-Nissen requirió dilataciones posoperatorias por recidiva de la sintomatología. Y por último un enfermo presentó hemorragia digestiva por úlcera duodenal, que erróneamente no fue tratada en el mismo acto.

Salvo estas complicaciones mencionadas los restantes enfermos evolucionaron bien, sin conocer hasta el momento complicaciones o recidivas de su sintomatología. Aquellos a los que no se les realizó mecanismo antirreflujo, tuvieron que ser tratados médicamente por esofagitis de reflujo, sin complicaciones mayores.

DISCUSION

Heller introduce su operación en 1914, pero la misma a lo largo del tiempo ha sufrido modificaciones hasta la actualidad. Del análisis de nuestra experiencia, la miotomía extramucosa, preferimos realizarla por vía abdominal y también a nivel del mediastino y descendiendo el

mismo para que la miotomía sea de 8 a 10 centímetros.

Deben cortarse cuidadosamente las fibras longitudinales y circulares del esófago para evitar recidivas y debe practicarse cuidadosa hemostasia para evitar complicaciones. Posteriormente practicamos mecanismos antirreflujo y preferimos en estos casos inclinarnos por la técnica de cobertura de la zona operatoria con la cara anterior del techo gástrico en dos hileras de puntos que toman, por una parte: estómago, haz izquierdo del pilar diafragmático y borde muscular esofágico del mismo lado, y por otra parte: estómago, haz derecho del pilar y borde muscular esofágico derecho, cubriendo de esa manera la mucosa esofágica con la serosa gástrica.⁽¹⁾

Reservamos actualmente la vía torácica para cuando haya recidivas de la operación original o por alguna otra causa que no pueda utilizarse la vía abdominal.

Utilizamos la operación de Thal-Nissen para cuando haya recidivas o cuando se hubiera producido apertura accidental de la mucosa esofágica, ya que el cierre de la misma implica un enorme riesgo de fístula posterior.

Es necesario destacar que entre los factores que influyen los fracasos de la operación de Heller están las dilataciones múltiples, previas al tratamiento quirúrgico. Esto favorece la esclerosis esofágica y se hace más dificultosa la operación.⁽⁴⁾ Por lo que a nuestro criterio, antes de insistir en dilataciones múltiples como tratamiento, es preferible operar precozmente a estos pacientes, dada la escasa morbilidad de esta cirugía. Pinotti aconseja en los megaesófagos avanzados esofagectomía subtotal por vía combinada, abdominal y cervical, sin apertura del tórax.⁽⁵⁾

BIBLIOGRAFIA

1. Olaciregui, Juan Carlos: "Tratamiento quirúrgico de las esofagopatías benignas". Relato al XLIII Congreso Argentino de Cirugía, 1972.
2. Casella y col.: "Achalasia of the esophagus: pathologic and etiologic considerations". Ann. Surg., 160:474, 1964.
3. Köberle, C., y col.: "Aperistalse chagásica do esôfago. Anais do Congresso Internacional sobre a Doenças de Chagas", vol. II, pág. 717. Rio de Janeiro, 1961.
4. Launois, B.: "Megaesôfago". Rev. Arg. Cirugía, 37:70, 1979.
5. Pinotti, H. W.; Rivadeneira, G. M., y Raia, A. A.: "Tratamiento quirúrgico de la acalasia del cardias (megaesofágico)". Rev. Arg. Cirugía, 38:226, 1980.