



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Centro Médico Nacional, Veracruz
I. M. S. S.

"Experiencia con el Manejo Quirúrgico
de la Acalasia en el C.M.N.V.
Estudio Retrospectivo de 5 Años"

Tesis de Postgrado

Para obtener el Título de:
Especialista en:

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

Dr. Victor Javier Bulás Benitez



Veracruz, Ver.

1990



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Centro Médico Nacional, Veracruz
I. M. S. S.

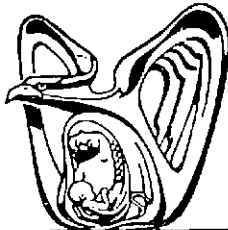
"Experiencia con el Manejo Quirúrgico
de la Acalasia en el C.M.N.V.
Estudio Retrospectivo de 5 Años"

Tesis de Postgrado

Para obtener el Título de:
Especialista en:

CIRUGIA GENERAL
PRESENTA:

Dr. Victor Javier Bulás Benitez



Veracruz, Ver.

1990

EN MEMORIA DE MI MADRE:

SRA. ISABEL BENITEZ DE BULAS.

A MI PADRE:

SR. VICTOR BULAS GUTIERREZ.

A MI TIA:

SRA. MATILDE CARRAZCO GUTIERREZ.

POR CREER EN MI.

MI ETERNO AGRADECIMIENTO.

AL DR. ALFONSO C. PEREZ MORALES.
DR. RAFAEL HERNANDEZ ESPINOZA.
POR CONTRIBUIR A MI FORMACION.

AL DR. FERNANDO COMPAN GONZALEZ.
POR SU AYUDA, MI MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO.

A MIS MAESTROS
COMPANEROS
Y AMIGOS.

I N D I C E G E N E R A L

	PAG.
I.- DATOS GENERALES.	
Nombre de los investigadores.....	1
Título del proyecto.....	2
Objetivos.....	3
II.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.	
Antecedentes científicos.....	4
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
IV.- RAZONAMIENTO DEL TRABAJO.....	7
V.- HIPOTESIS.....	8
VI.- DISEÑO.....	9
VII.- PROGRAMA DE TRABAJO.....	10
VIII.- METODOS DE ESTUDIO.....	11
IX.- TECNICAS.....	12
X.- RUTA CLINICA.....	13
XI.- REQUERIMIENTOS ETICOS.....	14
XII.- RESULTADOS.....	15
XIII.- DISCUSION.....	20
XIV.- GRAFICAS.....	22
XV.- CONCLUSIONES.....	26
XVI.- BIBLIOGRAFIA.....	28

I.- DATOS GENERALES:

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. FERNANDO COMPAN GONZALEZ.

CIRUJANO GENERAL DEL CMNV.

INVESTIGADOR COLABORADOR:

DR. VICTOR JAVIER BULAS BENITEZ.

RESIDENTE DE TERCER AÑO C.G.

TITULO DEL PROYECTO:

"EXPERIENCIA CON EL MANEJO QUIRURGICO DE LA
ACALASIA EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL
VERACRUZ. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS".

OBJETIVOS:

- * Conocer la frecuencia de la Acalasia en nuestro medio.
- * Los parámetros que condicionaron su resolución quirúrgica.
- * Tipo de cirugía efectuada.
- * Complicaciones transoperatorias y postoperatorias más frecuentes y cómo se resolvieron.
- * Progresión a malignidad.
- * Comparación con otros centros hospitalarios, así como con la literatura mundial.

II.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Es desde 1674 en que se inicia el manejo y conocimiento de la Acalasia por Thomas Willis, el cual ha sufrido algunas modificaciones. En 1914 Arthur Hurst acuñó el término "acalasia". Heller en 1913 efectúa una doble miotomía para tratar esta entidad y en 1918 Groenveltdt la modificó efectuando una sola incisión anterior; estableciendose con este procedimiento la base actual de la cirugía para la acalasia. Y en 1966 Belsey le agrega una funduplicatura, evitando así el reflujo gastroesofágico. (1,2,3,4,5).

La acalasia del esófago es un trastorno de la motilidad esofágica y se define clásicamente como una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por ausencia de peristalsis del cuerpo del esófago y de relajación del esfínter esofágico inferior en respuesta a la deglución y una presión del esfínter esofágico inferior en reposo superior a la normal.

Aunque su etiología es desconocida, generalmente se acepta la existencia de un trastorno neuromuscular con cambios degenerativos y reducción en el número de células ganglionares del plexo de Auerbach, así como reducción en el número de neuronas del núcleo motor dorsal del vago. (1,6).

Es un padecimiento que se encuentra en cualquier época de la vida, afectando principalmente a pacientes de la 4a. y 6a. década de la vida.

No muestra preferencia en cuanto a sexo y los síntomas cardinales son: Disfagia, regurgitaciones y dolor.

Otros síntomas son: Pérdida de peso, náuseas, vómitos, ptialismo, halitosis y hemorragia. Aunque la sintomatología del paciente puede sugerir el diagnóstico, los estudios radiográficos y manométricos son definitivos y la endoscopia es de valor principalmente para excluir otras lesiones

orgánicas y de la unión esófago gástrica, actualmente la ultrasonografía endoscópica es de gran ayuda. (7,8).

En el diagnóstico diferencial es importante excluir el espasmo difuso del esófago, tumores, estenosis esofágica secundaria a reflujo, esclerodermia y enfermedad de Chagas. (9)

Durante años, el manejo de los pacientes con acalasia ha tenido dos modalidades: Médico y quirúrgico.

Existe diferencia entre los resultados obtenidos con estos enfoques terapéuticos, pero el consenso es que el tratamiento quirúrgico es el de elección ya que tiene baja morbimortalidad y los resultados a largo plazo son mejores.

En la actualidad se utilizan 2 procedimientos para el tratamiento de la acalasia del esófago.

- Las dilataciones forzadas.

- La cirugía mediante el procedimiento de Heller modificado más un procedimiento de antireflujo.

Aunque ambos procedimientos han resultado satisfactorios, generalmente es preferido el procedimiento quirúrgico por haber demostrado ser superior.

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- * Que factores condicionaron la resolución quirúrgica.
- * El tipo de cirugía efectuada.
- * La incidencia de la acalasia en nuestro medio.
- * Las complicaciones transoperatorias y postoperatorias más frecuentes y cómo se resolvieron.
- * Progresión a malignidad durante el período de seguimiento.
- * Comparación con otros centros hospitalarios y bibliografía de la experiencia mundial.

IV.- RAZONAMIENTO DEL TRABAJO:

- * La acalasia es poco frecuente en nuestro medio.
- * No tiene predilección por sexo.
- * Los mejores resultados en su terapéutica se obtienen con el tratamiento quirúrgico.
- * Por lo tanto el conocimiento de su frecuencia, la no selectividad de sexo y los resultados con el tratamiento quirúrgico, nos dará la pauta para el manejo inicial del paciente y su resolución definitiva.

V.- HIPOTESIS :

Hemos visto que en el tratamiento de la Acalasia (cardiomiectomia) el procedimiento de antireflujo como complemento es básico para obtener buenos resultados, por lo que se demostrará cual ha sido el procedimiento más frecuentemente empleado en nuestro hospital así como sus resultados.

VI.- D I S E Ñ O :

El presente trabajo corresponde a un estudio retrospectivo y comparativo.

VII.- PROGRAMA DE TRABAJO:

El presente trabajo se llevó a cabo en el servicio de Cirugía general en un periodo de cinco años que comprendieron de enero de 1985 a diciembre de 1989. Donde se revisaron todos los expedientes de los pacientes con diagnóstico de Acalasia del esófago, así como también se revisó la bibliografía nacional e internacional y se hará comparativo con otros centros hospitalarios.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- * Todos los pacientes con diagnóstico de Acalasia del esófago.
- * Pacientes con estudios mínimos: esofagograma y endoscopia.
- * Unicamente pacientes canalizados al CMNV, y tratados en la unidad.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- * Pacientes que no llenan los requisitos antes mencionados o ya fueron tratados quirúrgicamente.

CRITERIO DE EXCLUSION:

- * Paciente sin diagnóstico específico.

VIII.- METODOS DE ESTUDIO.

- * Se efectuó una revisión de los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados en el Centro Médico Nacional Veracruz, de enero de 1985 a diciembre de 1989 con diagnóstico de acalasia.
- * Se efectuó la recopilación de datos en formas especialmente diseñadas para tal fin donde se anotaron los datos más importantes en relación a síntomas y signos clínicos, estudios de gabinete, tipo de procedimiento quirúrgico efectuado, complicaciones trans y post-operatorias.
- * Los datos se obtuvieron del departamento de archivo clínico del CMNV.

IX.- T E C N I C A S :

El diagnóstico de acalasia del esófago fue establecido mediante el protocolo de la misma, que incluyó la adecuada semiología de la sintomatología, esofagograma y endoscopia en la mayoría de los casos.

Se revisaron los expedientes con diagnóstico de acalasia de manera detallada.

Para la recolección de datos se elaboró un formato especial con los siguientes datos: Nombre, No. de afiliación, diagnóstico definitivo, edad, sexo, síntomas principales, estudios de gabinete efectuados, tipo de procedimiento quirúrgico efectuado o bien médico, seguimiento.

Una vez obtenidos los datos se sometieron a análisis.

X.- RUTA CLINICA:

El trabajo se realizó en un período de 6 meses de los cuales los primeros meses se utilizaron para la recolección de datos y sacar bibliografía y el último mes para su síntesis, así como para la estructuración del trabajo y para su publicación.

XI.- REQUERIMIENTOS ETICOS:

Ya que nuestro trabajo fué realizado mediante la revisión y análisis de la información del expediente clínico, no consideramos pertinente pedir autorización a los familiares para la realización del mismo.

XII.- R E S U L T A D O S :

EDAD Y SEXO:

La edad promedio fue de 36 años, la menor de 23 años de edad y la mayor de 54 años.

La mayor frecuencia de la entidad se presentó en la tercera década de la vida constituyendo el 45.4% de todos los casos.

Seis pacientes fueron hombres y cinco mujeres. (Gráfica 1).

CUADRO CLINICO:

Los síntomas principales fueron:

Disfagia: que se presentó en todos los ----- pacientes:	(100 %)
Regurgitaciones: presente en nueve casos: -----	(81.8 %)
Pérdida de peso: presente en siete pacientes. -----	(63.6 %)
Firósis: -----	presente en tres pacientes (27.2 %)
Vómitos: -----	presente en tres pacientes. (27.2 %)
Dolor: -----	presente en dos pacientes. (18.1 %)

(Gráfica 2)

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de Acalasia se estableció en base a manifestaciones clínicas y estudios radiológicos en todos los pacientes.

En diez pacientes se efectuó endoscopia y en un paciente no se efectuó por que hubo remisión de la sintomatología y buena respuesta al tratamiento médico.

En un paciente se encontró un bran bezoar.

En ningún paciente se efectuó manometría esofágica por no contar con ella en la unidad.

INDICACION QUIRURGICA.

Del grupo control de once pacientes. Solo se efectuó cirugía de nueve pacientes de los cuales en siete pacientes la indicación quirúrgica fue el diagnóstico de acalasia y en otros dos el fracaso al tratamiento con dilataciones esofágicas y tratamiento médico.

En este grupo no hubo pacientes tratados previamente con cirugía para acalasia.

TECNICA QUIRURGICA:

El procedimiento empleado fue el de Heller modificado (Cardiomiectomía anterior) con un procedimiento de antireflujo agregado.

En seis pacientes se efectuó funduplicación posterior (66.6%) y en tres pacientes funduplicación tipo Nissen (33.3%). (Gráfica 3).

Todas las cirugías fueron por vía abdominal.

Durante la exploración quirúrgica no se detectaron otras patologías.

COMPLICACIONES OPERATORIAS:

Se presentaron perforaciones esofágicas incidentales en tres pacientes (33.3%) las cuales fueron detectadas y corregidas durante la cirugía.

En un caso se colocó parche de epiplón y en los otros dos casos se efectuó esofagorrafia y colocación de parche de Thal.

En esta serie no se presentaron defunciones.

Sólo hubo un paciente que tuvo que reoperarse al quinto día de postoperatorio por presentar abdomen agudo y teniendo como hallazgo dehiscencia de la esofagorrafia y desprendimiento del parche.

Ocho pacientes tuvieron buenos resultados (88.8%) y un paciente con malos resultados (11.1%).

En el paciente con malos resultados se observó esófago dilatado al triple de su diámetro, esófago, unión esofagogástrica, estómago, bulbo duodenal, normales, siendo programado para reintervención. El procedimiento antireflujo empleado en dicho paciente fue Nissen.

A todos los pacientes se les efectuó control radiológico (Esofagograma) al año, y teniendo como resultado: adecuado tránsito del medio de contraste del esófago al estómago. Sólo a tres pacientes se les efectuó endoscopia de control donde se observó disminución del calibre esofágico.

PROGRESION A MALIGNIDAD:

Ninguno de los casos presentados ha progresado a malignidad hasta la fecha. Aunque se menciona una frecuencia de 3 a 10% a carcinoma. (1,26).

COMPARACION CON OTROS CENTROS HOSPITALARIOS:

En la revisión presentada las frecuencias de edad y sexo y la sintomatología, sólo mostraron diferencia con los informes de otros autores en la edad, ya que en nuestro medio se presentó en gente más joven.

XIII.- DISCUSION:

La acalasia es poco frecuente en nuestro medio y como se observa en la revisión presentada las frecuencias de edad y sexo y la sintomatología sólo mostraron diferencias en cuanto a edad ya que en nuestro medio se presentó en gente más joven. (9,10,11). Disfagia, regurgitaciones y baja de peso fueron los síntomas principales.

El diagnóstico pudo ser establecido en todos los pacientes en base a datos clínicos y radiológicos. Los estudios endoscópicos solo permitieron confirmar el diagnóstico sin haber lugar a confusión con otro (7,8).

La indicación quirúrgica en la mayoría de los casos fue el diagnóstico de acalasia y en los otros casos fue el fracaso al tratamiento con dilataciones esofágicas ya que como se menciona en las series presentadas por Nakayama que el primer tratamiento lógico son las dilataciones, pero ante la recurrencia de síntomas se hace necesario el tratamiento quirúrgico. (12) y el consenso general de la bibliografía así lo concluye. (13,14,15) Sin embargo se ha presentado una nueva experiencia con balones de polietileno para dilataciones neumáticas con excelentes resultados. (16) cuando el diagnóstico se hace en forma temprana. Por otro lado la falla ante el tratamiento médico fue la otra causa por la que se requirió de cirugía.

Todos nuestros pacientes fueron sometidos al procedimiento de Heller modificado con procedimiento de antireflujo consistiendo en fundoplastia posterior en la mayoría de los casos a pesar de la gran controversia que se reporta en la literatura sobre efectuar procedimiento antireflujo o no ya que como se reportan en las series de Andreollo y cols. en una revisión de 5 002 pacientes, se concluyó que cuando la miotomía es efectuada en forma adecuada no es necesario en procedimiento de antireflujo. (17).

Sin embargo el consenso general está a favor de que debe de efectuarse un procedimiento de antireflujo. (18,19,20,21,22,23,24,25). durante la cirugía inicial.

Dentro de los procedimientos opcionales para aquellos pacientes que tienen que reoperarse se mencionan a los procedimientos resectivos radicales o bien el procedimiento de Heyrowsky. (27,28).

Cuando se analizaron los resultados de la serie se pudo observar los excelentes resultados que permite el procedimiento de antireflujo con éxito en un 88.8% de los casos, lo que está de acuerdo con los informes de la literatura, así como los reportes del hospital general del Centro Médico Nacional. (86.6%). (5).

Finalmente con base a los resultados de esta revisión se considera la operación de Heller modificada, asociada a un procedimiento de antireflujo como el tratamiento de elección para la acalasia del esófago.

Estudios recientes en China nos muestran una modalidad más para esta entidad como lo es el injerto de diafragma con resultados alentadores. (29).

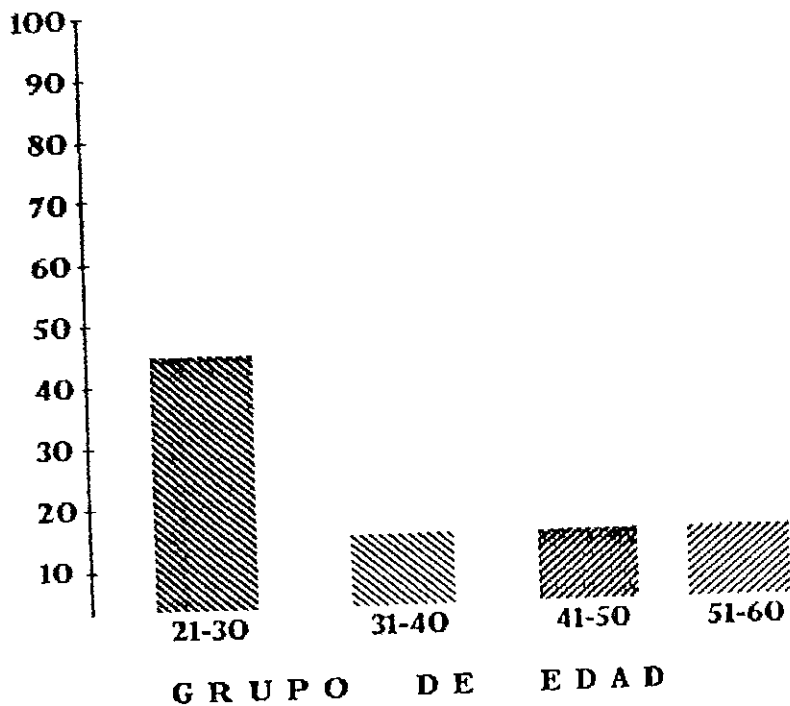
XVI. GRAFICAS

GRAFICAS

GRAFICAS

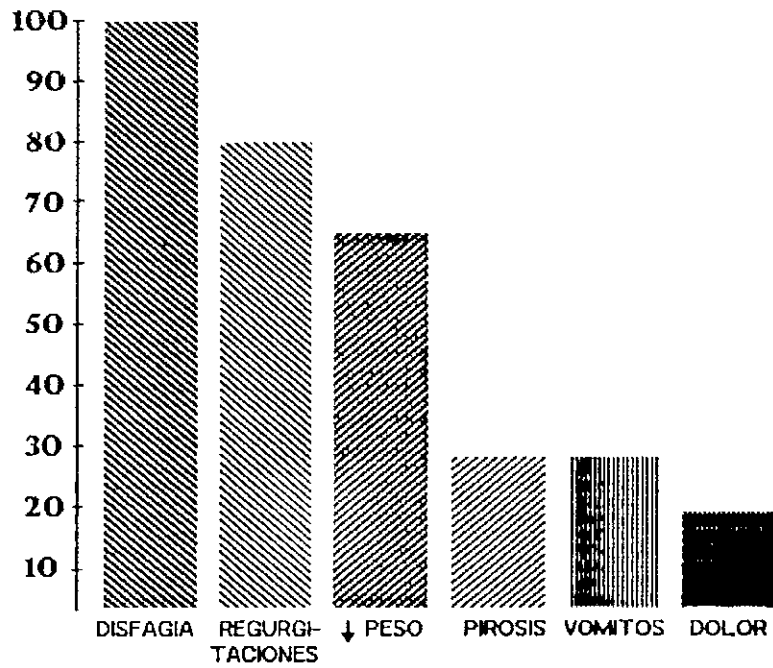
GRAFICA 1

%
II PACS.



GRAFICA 2

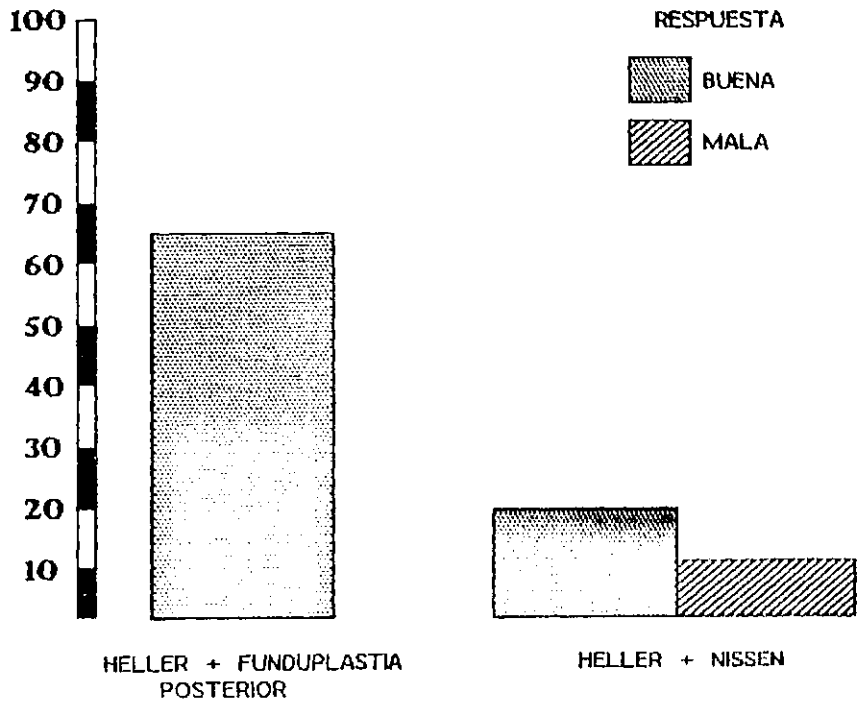
%
11 PACS.



S I N T O M A S

GRAFICA 3

%
9 PACS.



PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

XV.- CONCLUSIONES :

- * La frecuencia de la acalasia en nuestro medio es baja.
- * No tiene predilección por sexo.
- * La acalasia en nuestro medio se presenta en gente joven (3a. década de la vida).
- * La disfagia, regurgitaciones, y baja de peso constituyen los datos clínicos más frecuentes encontrados.
- * Los parámetros que condicionaron su resolución quirúrgica fueron el diagnóstico de acalasia, falla el tratamiento médico e instrumental.
- * La operación de Heller modificada más la fundoplastia posterior como procedimiento de antireflujo es el tratamiento de elección.
- * No hubo progresión a malignidad en nuestra casuística durante el tiempo de seguimiento.
- * El esofagograma y endoscopia son básicos ante dicha patología y la manometría es de ayuda para descartar otras patologías, así como la ultrasonografía endoscópica.
- * La vía abdominal como sitio de acceso dió buenos resultados.

- * La complicación transoperatoria más frecuentemente encontrada fue la perforación incidental la cual es alta (33.3%).
- * La poca experiencia con el procedimiento nos justifica tal hecho.
- * La esofagorrafia con parche de Thal puede ser una opción de manejo para tal complicación.

XVI.- BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Gutiérrez Samperio C. "Divertículos y acalasia". Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. ED. Manual Moderno, 1988:55-60.
- 2.- Schwartz, Storer, et.al. "Transtornos de la motilidad esofágica". Principios de cirugía. ED. McGrawHill.:1987 Tomo 2:1192-1196.
- 3.- D.C. Sabiston. Tratado de Patología quirúrgica. ED. Interamericana 1987. Tomo I:766-770.
- 4.- Ellis H. "Acalasia". Operaciones abdominales. Scwartz, Ellis. ED. Panamericana, Buenos Aires 1986. 8a. ed. Tomo I. 563-578.
- 5.- Perches Vega A. "Fisiología del esófago". REV. Gastroenterología de Méx. 48; 1983:113-119.
- 6.- Espinoza T., Ize Lamache. "Acalasia del esófago: resultado de su tratamiento quirúrgico". Gastroenterología de Méx. 48:1983; 23-29.
- 7.- Ramírez Degollado. "Métodos de estudio del esófago". Gastroenterología de Méx. 48:3; 1983:113-119.
- 8.- Deviere, Dunham. "Endoscopic Ultrasonography in achalasia". Gastroenterology 1989;96:1210-3.
- 8.- Kahrilas, et.al. "Comparison of pseudoachalasia and achalasia" AM.J.Medicine 1987;82:439-46.
- 10.- Blanco Benavides R. "Acalasia en dos hermanas adultas" REV. INVEST. CLIN. 1987;39:185-186.
- 11.- Little, Skinner. "Physiologic, evaluation of esophageal function in patients with achalasia and difuse esophageal Spasm". ANN.SURG. 1986; 203:500-04.

- 12.- Nakayama, Shorter. "Pneumatic dilatation and operative treatment of achalasia in children". J. PEDIATRIC SURG. 22:1987:619-622.
- 13.- Rubesin, Kennedy. "Distal esophageal ballooning following Heller myotomy". Radiology 167:1988:345-47.
- 14.- M. Kerr, Ott. "Pneumatic dilatation of the achalasia esophagus requiring the aid of an endoscope". AM. J. GASTROENTEROL. 82:1987:74-77.
- 15.- Miller, Tiszenkel. "Esophageal perforation due to pneumatic dilatation for achalasia" S.G.O. 166:1988:458-460.
- 16.- Gelfand, Kozarek. "An experience with polyethylene Balloons for pneumatic dilatation in achalasia". AM.J. GASTROENTEROL. 84:1989:924-927.
- 17.- Andreollo, Earlam. "Heller myotomy for achalasia: is an added anti-reflux procedure necessary?" BR.J.SURG. 1987;74:765-69.
- 18.- V. Gurrner, Ramirez D. "La funduplicación en el tratamiento del reflujo gastroesofágico". Rev. Gastroenterol, Méx. 31:1966.57-70.
- 19.- Csendes, Braghetto. "Late subjective and objective evaluation of the results of esophagomyotomy in 100 patients. With achalasia of the esophagus". Surgery. 1988:104-469-475.
- 20.- Jamieson, Miyagishima. "Surgical management of primary motor disorders of the esophagus". AM.J.SURGERY. 1984:148:36-42.
- 21.- Ekberg. "Chalasia of the upper esophageal sphincter". Acta Radiol. Diagnosis. 26:1985:557-561.
- 22.- Lemmer, Coran. "Achalasia in children: Treatment by anterior esophageal myotomy" J. PEDIATRIC SURG. 20:1985:335-338.

- 23.- Schelesinger, Bombeck. "Achalasia of the esophagus". ANN. Surgery. 1986. 203:505-511.
- 24.- Dennis, Cosby. "Late results. following esophagomyotomy in children with achalasia". J. Pediatric, Surg. :23,1988:515-19.
- 25.- Crookes, Wikinson. "Heller's myotomy with partial funduplication". Br.J.Surg. 1989;76:98-99.
- 26.- Yeoman, Grundy. "Pseudoachalasia after radical gastrectomy". Br.J.Surg.:76:97-98.
- 27.- Ellis, Crozier. "Reoperative achalasia surgery". J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 92;859-865,1986.
- 28.- Guarner, Gabiño. "The Heyrowsky operation associated with funduplication for the treatment of patients with achalasia of the esophague after failure of the cardiomyotomy". S.G.O. 1983. 157:450-454.
- 29.- Yu and Yu. "Treatment of esophageal achalasia (Cardiospasm) with diaphragmatic graft". J. Thorac Cardiovasc. Surg. 1989,97:575-577.