



VÍDEO: PASOS Y TRUCOS DURANTE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN POR RECIDIVA DE SINTOMATOLOGÍA TRAS MIOTOMÍA DE HELLER POR ACALASIA. ANÁLISIS DE TRES CASOS.

Elena Pareja, Eulalia Ballester, David Sacoto, Sonia Fernandez-Ananín, Carmen Balagué.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.

Correspondencia: para contactar con la autora accionar [aquí](#) (Carmen Balagué).

ABSTRACT:

Introducción: A pesar de los buenos resultados de la miotomía de Heller con funduplicatura de Dor por laparoscopia en el tratamiento quirúrgico de la acalasia, la incidencia de fracaso se sitúa en el 10-20% y la causa más frecuente es una miotomía incompleta, la fibrosis o la combinación de ambas.

Técnica quirúrgica: Los tres casos de este vídeo presentaron recurrencia de la sintomatología tras una miotomía de Heller con funduplicatura tipo Dor por laparoscopia. Las pruebas complementarias orientaron a estenosis, además de un pseudodivertículo en uno de ellos. A partir de estos tres casos de remiotomía de Heller, pretendemos mostrar los pasos seguidos y los aspectos a considerar durante la disección. Inicialmente se pretende visualizar el pilar derecho y liberar la funduplicatura para acceder a la miotomía y valorar la existencia de fibrosis.

Debemos poder contar con la asistencia de la fibrogastroscofia, tanto para orientarnos como para confirmar la liberación de la fibrosis y el correcto paso al estómago.

Discusión: Aunque en las reintervenciones resulta más difícil llevar a cabo una estandarización de la cirugía, parece factible y ventajoso establecer unos pasos básicos, así como consideraciones que permitan minimizar las posibles complicaciones.

Conclusiones: La reintervención laparoscópica en estos pacientes es factible, permite una cierta estandarización del procedimiento y siempre se deberá contar con la colaboración de la endoscopia digestiva intraoperatoria, que nos permitirá asegurar el correcto paso a nivel de la unión esófago-gástrica.

Palabras clave: achalasia, miotomía, recidiva, laparoscopia, Heller.

VÍDEO:

Introducción:

Aunque la etiología de la acalasia continúa siendo imprecisa, su tratamiento consiste en la reducción de la presión del esfínter esofágico inferior y para ello disponemos de diferentes opciones terapéuticas. Una de dichas opciones es la miotomía de Heller, que consiste en la sección de las fibras musculares, tanto longitudinales como circulares, a nivel de la unión esófago-gástrica. Puesto que se reduce la presión en el esfínter esofágico inferior, se acompaña de una técnica

quirúrgica antirreflujo, que generalmente suele consistir en una funduplicatura anterior tipo Dor o una funduplicatura posterior tipo Toupet [1-3].

A pesar de los buenos resultados obtenidos por este tratamiento quirúrgico, la incidencia de fracaso se sitúa en el 10-20%, y en la actualidad se disponen de diferentes opciones técnicas para el tratamiento de estos pacientes, como son la dilatación endoscópica con balón, la remiotomía quirúrgica o el *peroral endoscopic myotomy* (POEM) [1-4].

La causa más frecuente de fracaso del tratamiento quirúrgico parece ser la realización de una miotomía incompleta, seguida de la fibrosis en la zona de la miotomía y de la combinación de ambas, según los estudios en los que se define la etiología del fracaso del tratamiento. No obstante, en un elevado número de estudios no se define dicha etiología [4].

Cuando persiste o recurre la disfagia tras la cirugía es preciso realizar una evaluación clínica detallada, así como un estudio complementario completo que incluya la realización de una fibrogastroscofia, una manometría esófago-gástrica y un tránsito esófago-gástrico, con el objeto de intentar dilucidar la causa de dicha clínica. En estas pruebas puede ser difícil distinguir entre la disfagia secundaria a una miotomía incompleta y la debida a una funduplicatura demasiado ajustada, sin despreciar la posibilidad de que puede coexistir una esofagitis péptica [5]. Las guías de la *International Society for the Diseases of the Esophagus* (ISDE) no aportan recomendaciones sólidas con alto nivel de evidencia acerca del manejo de estos pacientes con miotomía fallida y recidiva de la acalasia [6].

Técnica quirúrgica:

Los tres casos de este video presentaron recurrencia de la sintomatología tras la realización de miotomía de Heller con funduplicatura tipo Dor por laparoscopia. Las pruebas complementarias orientaron a estenosis además de la formación de un pseudodivertículo en uno de los casos.

En los tres se indicó la necesidad de revisión quirúrgica ante el fracaso de otras medidas. La remiotomía de Heller por laparoscopia es una cirugía de revisión efectiva, con resultados satisfactorios hasta en un 86% de casos, pero con mayor incidencia de complicaciones que la primera cirugía y un índice de conversión a cirugía abierta del 6% [3,4].

Aunque en las reintervenciones resulta más difícil llevar a cabo una estandarización de la cirugía, puede ser ventajoso establecer unos pasos básicos, así como cumplir una serie de consideraciones que permitan minimizar las posibles complicaciones. Pretendemos mostrar los pasos seguidos, además de los posibles aspectos a tener en cuenta durante la disección.

Discusión:

Generalmente necesitaremos volver a exponer la anatomía original de la zona. Para ello, inicialmente liberaremos las posibles adherencias entre el lóbulo hepático izquierdo y la funduplicatura previa. En esta fase pretendemos identificar y visualizar claramente el pilar derecho y después liberar la funduplicatura para acceder a la miotomía y valorar la posible existencia de fibrosis.

Las cirugías expuestas se caracterizaron por la presencia de herniación de la funduplicatura previa, con fibrosis a nivel de la miotomía previa y la formación de un pseudodivertículo en uno de los casos.

Durante la disección es necesario poder contar con la colaboración de la endoscopia digestiva que nos orientará según la dificultad de cada caso, además de confirmar la liberación de la fibrosis y el correcto paso a estómago. Una vez asegurada la liberación de las fibras que ocasionan la disfagia y restaurada la anatomía, procederemos a realizar de nuevo el mecanismo antirreflujo, siempre que éste no altere la anatomía de la zona de forma que dificulte el paso; en ese caso puede ser recomendable no asociar un procedimiento antirreflujo a la remiotomía.

Existe aún escasa bibliografía en relación con el manejo de estos pacientes, aunque la remiotomía parece ser una opción segura, junto con el POEM y la dilatación neumática [4,6,7].

Conclusiones:

La reintervención laparoscópica en estos pacientes es factible, permite una cierta estandarización del procedimiento y siempre se deberá contar con la colaboración de la endoscopia digestiva intraoperatoria que nos permitirá asegurar el correcto paso a nivel de la unión esófago-gástrica.

Declaraciones y conflicto de intereses: Parte del contenido de trabajo ha sido presentada como comunicación en el EAES (*European Association of Endoscopic Surgery*) Congress 2019. No existen otros conflictos de interés.

Referencias bibliográficas:

- 1.- 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 (3): 193-9.
- 2.- Rossetti G, del Genio G, Maffettone V, Fei L, Bruscianno L, Limongelli P, et al. Laparoscopic reoperation with total fundoplication for failed Heller myotomy: is it a possible option? Personal experience and review of literature. *Int Surg*. 2009 Oct-Dec; 94 (4): 330-4.
- 3.- Allaix ME, Patti MG. Endoscopic dilatation, heller myotomy, and peroral endoscopic myotomy: treatment modalities for achalasia. *Surg Clin North Am*. 2015; 95 (3): 567-78.
- 4.- Fernandez-Ananin, S, Fernandez AF, Balagué C, Sacoto D, Targarona EM. What to do when Heller's myotomy fails? Pneumatic dilatation, laparoscopic remyotomy or peroral endoscopic myotomy: A systematic review. *J Minim Access Surg* 2018; 14 (3): 177-184.
- 5.- Gouda BP, Nelson T, Bhojru S. Revisional surgery after Heller myotomy for treatment of achalasia: A comparative analysis focusing on operative approach. *Indian J Surg* 2012; 74: 309-13.
- 6.- Zaninotto G, Bennett C, Boeckxstaens G, Costantini M, Ferguson MK, Pandolfino JE, et al. The 2018 ISDE achalasia guidelines. *Dis Esophagus*. 2018 Sep 1; 31 (9).
- 7.- Fumagalli U, Rosati R, De Pascale S, Porta M, Cariani E, et al. Repeated Surgical or Endoscopic Myotomy for Recurrent Dysphagia in Patients After Previous Myotomy for Achalasia. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(3): 494-9.