

11209  
132  
24



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA

CENTRO MÉDICO NACIONAL  
GENERAL DE DIVISIÓN "MANUEL ÁVILA CAMACHO"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA  
ACALASIA DE ESÓFAGO: EVALUACIÓN DE  
LOS RESULTADOS DE  
ESOFAGOCARDIOMIOTOMÍA DE HELLER  
MODIFICADA MAS UNDUPLICATURA TIPO  
NISSSEN EN 5 AÑOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN:

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. JORGE VEGA ZAMBRANO

ASESOR:

DR. PEDRO REYES PÁRAMO



IMSS

PUEBLA, PUE.

1995



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



11209  
132  
Dej

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTADAL PUEBLA

CENTRO MÉDICO NACIONAL  
GENERAL DE DIVISIÓN, "MANUEL ÁVILA CAMACHO"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA  
DE ESÓFAGO: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE  
ESÓFAGOCARDIOMIOTOMÍA DE HELLER MODIFICADA  
MAS FÚNDPLICATURA TIPO NISSEN EN 5 AÑOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. JORGE VEGA ZAMBRANO

ASESOR:

DR. PEDRO REYES PÁRAMO



PUEBLA, PUE.

1995

*A Dios:*

*Por los beneficios de la vida y por la fortaleza para seguir adelante.*

*A mis padres:*

*Francisco y Leora.*

*Que en su presencia física influyen positivamente en mí para continuar superándome, y  
aquí que en donde se encuentran disfrutan de este "logro" que es de ustedes también.*

*A mis hermanos:*

*Sergio, Esteban, Mario, Fabiola, Margarita, Guillermina, María E., Isabel.*

*A quienes culmo inmensamente y agradezco el apoyo y unidad que siempre han manifestado.*

*A la memoria de mis padres y hermanos:*

*Francisco y Leora, Brígida, Froylen y Genalo.*

*Para hacer notar que el apoyo y esfuerzo que me otorgaron no fue en vano.*

*A Mami:*

*Por su apoyo incondicional y estímulo constante para seguir adelante.*

*Al Doctor Pedro Reyes Piramo.*

*Quien con gran habilidad y salidun'a supo dirigir el presente trabajo.*

*Alas Instituciones que me formaron*

*De las que obtuve conocimientos de un valor incalculable que fueron la base para llegar al éxito.*

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIAL Y MÉTODO.....	6
RESULTADOS.....	7
GRÁFICAS Y TABLAS.....	8
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27

## INTRODUCCIÓN

La acalasia de esófago fue descrita por primera vez en 1874 por Thomas Willis, quien efectuó dilataciones rudimentarias de esófago. No obstante, el término de Acalasia fue acuñado en 1915 por Hurts y significa literalmente "falta de relajación" (1, 2). La Acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica, caracterizada por la ausencia de peristalsis propulsiva en el cuerpo del esófago, falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI), en respuesta a la deglución, hipertonía del EEI y denervación sensitiva a colinérgicos en el cuerpo del esófago (1-4). La etiología del padecimiento es desconocida, sin embargo, existen múltiples teorías al respecto, como las descritas por Rake en 1926, Casella en 1964 y Cohen en 1971, coincidiendo en otorgar una base neuromotora con alteraciones a 4 niveles: alteraciones al nivel del núcleo dorsal del vago y núcleo ambiguo, degeneración Waleriana de las fibras del vago y disminución o ausencia de células ganglionares mientéricas en los plexos de Auerbach y Meissner de la pared esofágica (1-6).

La incidencia de la enfermedad varía del 0.6 al 2% en 100,000 habitantes en los EUA, en México el padecimiento es poco frecuente, y se ha reportado un caso de Acalasia por cada 10,000 pacientes hospitalizados, con similar frecuencia en ambos sexos y con mayor incidencia durante la cuarta década de la vida (1, 3, 5, 7).

La disfagia es el síntoma más común (98-100% se ha reportado), seguida en orden de frecuencia, por regurgitaciones (74-78%), dolor epigástrico y retroesternal (7-36%), odinofagia (25%), pérdida de peso y eructos, en menor proporción (1, 3, 6).

El diagnóstico deberá efectuarse en base a la sintomatología, hallazgos radiológicos (ausencia de peristaltismo esofágico, dilatación esofágica variable: GI esófago con diámetro menor de 4 cm, GI

diámetro entre 4 y 6 cm, GIII diámetro mayor de 6 cm, GIV esófago sigmoideo; falta de relajación del EEI, con presencia de imagen radiológica característica "en pico de ave" o "punta de lápiz", endoscópicos (dilatación esofágica, estenosis puntiforme franqueable al endoscopio, ausencia de patología neoplásica en el fondo gástrico), manométricos (aumento de la presión del EEI, relajación incompleta del EEI en respuesta a la deglución, ausencia de peristalsis propulsiva) (1-3, 8).

Las opciones para el tratamiento de la acalasia han sido diversas, el uso de agentes farmacológicos, tales como parasimpaticomiméticos y bloqueadores adrenérgicos, ha sido inefectiva, los bloqueadores de los canales de calcio como la nifedipina han sido recomendados hasta efectuar el tratamiento quirúrgico (1, 3, 9). En 1898 Russel efectúa la dilatación neumática por primera vez como tratamiento para acalasia de esófago, y Plummer, en 1912, efectúa la dilatación hidrostática, ambos con porcentajes de buenos resultados del 65%, pero con complicaciones como perforación esofágica en una proporción del 1 al 14%, siendo esta técnica inefectiva en pacientes menores de 9 años (10-12). En 1901 inician los procedimientos quirúrgicos para la corrección de Acalasia, encaminados a disminuir la zona de alta presión a nivel del EEI (2-3). Así Gottstein efectúa el primer procedimiento quirúrgico, en 1913 Heller realiza la primera esofagocardiomiectomía, Zaaljer en 1923 efectúa una modificación del procedimiento, que consiste en efectuar una sola miotomía anterior, procedimiento que es útil hasta ahora y brinda excelentes resultados en el 84 a 95% de pacientes, ya sea por abordaje transtorácico o transabdominal (1, 2, 13-16).

No obstante los buenos resultados, también se presentan complicaciones, y de estas el reflujo gastroesofágico (RGE) es el más común ocurriendo en el 3 al 48% de los pacientes operados; estando en relación a la longitud de la miotomía en el estómago, pues cuando ésta se prolonga más de 2 cm la presencia de RGE se reporta hasta el 100%, aún así, cuando el procedimiento se efectúa adecuadamente, la incidencia es del 3 al 48% y en la población pediátrica hasta del 20% (15-17).

Actualmente, la técnica de esofagocardiomiectomía de Heller modificada, complementada con un procedimiento antirreflujo es el procedimiento de elección en el tratamiento de la Acalasia de esófago; sin embargo, existe controversia en cuanto a qué procedimiento antirreflujo deberá utilizarse, y esto dependerá en gran parte de la habilidad y experiencia del cirujano.

Entre los procedimientos más utilizados encontramos: Heller-Nissen, Heller-Toupet, Heller-Belsey, Heller-Dor, Heller-Dor Gavrilu, estos dos últimos procedimientos son funduplicaturas parciales, de utilidad principalmente en pediátricos (15, 16, 18, 19). El procedimiento antirreflujo de elección, como ya se ha mencionado, es tema de controversia, las técnicas antes mencionadas brindan un porcentaje de buenos resultados que van del 92 al 95%, y la elección de ellas dependerá de la experiencia y preferencia del cirujano (1, 15, 16, 19).

#### EMBRIOLOGÍA DE ESÓFAGO:

El intestino primitivo anterior es uniforme al principio, luego da lugar al desarrollo de la faringe y sus derivados, esófago, tráquea, pulmones, estómago, duodeno, hígado, sistema biliar y páncreas. El esófago tiene origen endodérmico, extendiéndose inicialmente desde el surco traqueal hasta la dilatación del intestino anterior que luego se convierte en el estómago, generalmente a la décimo quinta semana se ha incorporado el ectodermo, y entre ambas capas, el mesodermo, formando el tubo digestivo primitivo.

Poco después de la formación del divertículo traqueal, el esófago primitivo empieza a alargarse en forma rápida por el crecimiento amplio de la zona craneal del embrión y por falta de curvatura del organismo más allá del pericardio. Por intermedio del rápido crecimiento de su pared, el esófago alcanza sus relaciones topográficas definitivas al llegar al fin de la séptima semana.

#### CONSIDERACIONES ANATÓMICAS:

El esófago es la parte más estrecha del tubo digestivo. En reposo, es un tubo muscular colapsado, que mide en promedio 2.5 cm. Se pueden demostrar 3 compresiones en estudios fluoroscópicos y endoscópicos: estrechez cricofaríngea (a 15 cm. de incisivos), aórtica originada por el arco aórtico y el cruce del bronquio izquierdo (a 22 cm. de incisivos); el tercer estrechamiento no es constante y puede estar producido por el efecto funcional del EEI, más que por una impronta del diafragma (a 44 cm. de incisivos). Su longitud varía de 22-28 cm., desde el cartilago cricoides hasta el orificio gástrico. El esófago carece de revestimiento seroso y de mesenterio, rodeado por tejido laxo, lo que hace posible su disección en forma roma durante su extirpación, este tejido se encuentra suspendido por delante por la fascia pretraqueal y por detrás por la fascia prevertebral, siendo un plano de fácil disección y diseminación de las infecciones hacia el mediastino. Los medios de fijación son en su porción craneal: tendón cricofaríngeo o cricoesofágico, por delante unido a la tráquea por tejido fibroelástico y puede contener fibras musculares, y en su porción distal por la membrana frenoesofágica. La vascularidad está dada en el cuello por la tiroidea superior e inferior, a nivel del arco aórtico de 3 a 5 arterias traqueobronquiales que nacen de la concavidad del arco, ocasionalmente nacen una o dos en cara anterior de aorta torácica, en la unión esofagogástrica, nacen de la coronaria estomáquica 6 ramas que irrigan la mayor parte de la cara anterior y derecha del esófago inferior, algunos vasos de la esplénica irrigan la pared posterior. Todas las arterias al ingresar a la pared esofágica, son de pequeño calibre efectuando anastomosis a nivel de la muscular y posteriormente en mucosa y submucosa. El drenaje venoso está a cargo de venas intraesofágicas y extraesofágicas, las internas a nivel submucoso, y las externas se forman al atravesar la pared esofágica, drenando en venas mayores como tiroidea inferior que termina en troncos braquiocéfálicos, en la ácigos y hemilácigos, en la coronaria estomáquica, en la esplénica a través de los vasos cortos y en la vena gastroepiploica izquierda. Los linfáticos forman

canales en la submucosa y la linfa puede adquirir dirección cefálica o caudal, drenando el esófago cervical a los ganglios paratraqueales, yugulares internos, paraclaviculares. El esófago torácico drena a los ganglios paratraqueales, traqueobronquiales, bifurcación de la tráquea, yuxtaesofágicos e intraorticoesofágicos. El esófago abdominal drena a los gástricos superiores, pericárdicos y diafragmáticos inferiores. Por lo que se refiere a la inervación, cuenta con un sistema intraesofágico como lo son plexos de Meissner y Auerbach, así como inervación extrínseca a cargo de los sistemas simpático y parasimpático.

## MATERIAL Y MÉTODO

La incidencia de la acalasia de esófago a nivel mundial es baja de acuerdo con la literatura revisada, en México también es presumiblemente baja, sin embargo carecemos de estudios suficientes para corroborar dicha incidencia. El tratamiento de elección para esta patología es el quirúrgico, no obstante, existen diversas técnicas, específicamente de procedimientos antirreflujo utilizadas como complemento de la esofagocardiomiectomía de Heller. El presente estudio se realiza con objeto de conocer cual es la técnica más empleada, al manejo, las complicaciones y los resultados que se presentan.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes operados en el servicio de cirugía del Hospital de Especialidades C.M.N. "M.A.C." I.M.S.S. Puebla, en un periodo de tiempo comprendido entre el 1o. de Enero de 1989 al 31 de Diciembre de 1993. Se recopilaron y analizaron aquellos con diagnóstico de Acalasia que recibieron tratamiento quirúrgico, fueron excluidos aquellos pacientes que no contaron con expediente clínico bien integrado para la obtención de datos. De cada expediente se recolectaron datos como edad, sexo, sintomatología pre y postoperatoria, hallazgos endoscópicos y radiológicos, tipo de tratamiento quirúrgico utilizado, complicaciones y resultados.

El presente estudio es de tipo Retrospectivo, Transversal, Observacional y no comparativo. Se utilizó la Estadística descriptiva convencional y representación gráfica de resultados.

## RESULTADOS

Se revisaron 14 expedientes clínicos con diagnóstico de Acalasia que recibieron tratamiento quirúrgico (Esofagocardiomiectomía tipo Heller modificada más funduplicatura tipo Nissen) (Cuadro y Gráfica No. 1).

La distribución por sexo fue de 10 mujeres (71.42%) y 4 hombres (28.58%) con una proporción de 2.5:1 respectivamente (Gráfica No. 2). La edad de los pacientes fluctuó de 1 año 6 meses a 65 años con una media de 39.26 años (Tabla No. 2 y Gráfica No. 3). La sintomatología predominante fue disfagia progresiva en 13 pacientes (92.86%), seguida de regurgitaciones en 8 pacientes (57.14%), pérdida de peso en 8 pacientes (57.14%) y faringitis de repetición en 3 pacientes (21.42%) (Tabla No. 3).

Todos los pacientes fueron sometidos a estudio radiológico y endoscópico preoperatorio cuyos resultados se presentan en las Gráficas No. 5 y 6 respectivamente. El tratamiento médico a base de bloqueadores H-2 fue otorgado a 12 pacientes (85.71%), alcalinizantes del pH gástrico en 11 pacientes (78.57%), los pacientes que no mejoraron con tratamiento médico fueron sometidos a dilataciones esofágicas siendo 7 pacientes (50%) (Gráfica No. 7). Los pacientes sometidos a Heller Nissen fueron los 14 examinados, la miotomía en esófago y estómago varió de 10-4 cm. y de 5-2 cm respectivamente, como lo muestra la Gráfica No. 8. Las complicaciones transoperatorias fueron perforación esofágica en 2 pacientes (14.29%) y sangrado sin consecuencias fatales en 2 pacientes (14.29%)(Gráfica No. 9). Por otra parte, las complicaciones postoperatorias medlatas consistieron en Neumonía un paciente (7.14%) e infección de la herida en un paciente (7.14%) con un 85.72% que no presentaron complicaciones (Gráfica No. 10). La permanencia de la SNG fluctuó de 1-5 días con una media de 2 días (Gráfica No. 11). El inicio de la VO en un rango de 1-7 días(Gráfica No. 12). La sintomatología en el postoperatorio mediato consistió en 8 pacientes asintomáticos (57.14%), disfagia leve en 6 pacientes (42.86%),

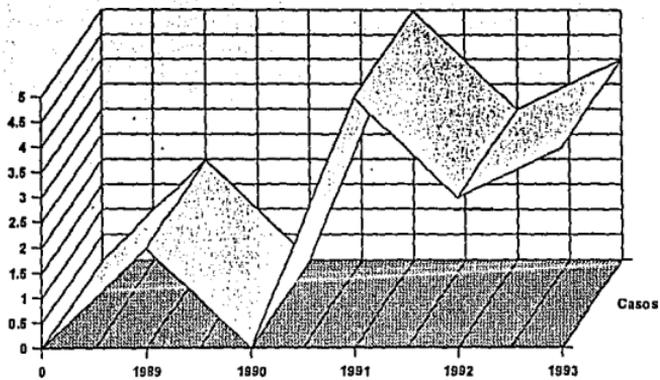
regurgitaciones en un paciente (7.14%)(Gráfica No. 13). 3 pacientes fueron sometidos a dilataciones postoperatorias (21.42%), uno de ellos presentó estenosis y requirió gastrostomía (7.14%), 3 pacientes (21.42%) fueron dados de alta por mejoría y 8 pacientes (57.14%) continúan en seguimiento. Los días de estancia intrahospitalaria fluctuó de 5-13 días con una media de 6.8 días (Gráfica No. 14).

**CURRO No. 1**  
**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ACALASIA A QUIENES SE LES REALIZÓ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TIPO HELLER-NISSEN**  
**CASOS POR CIENTO.**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, I.M.S.S. PUEBLA.**  
**(1989 a 1993).**

AÑO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1989	2	14.29
1990	0	0.00
1991	5	35.7
1992	3	21.42
1993	4	28.58
TOTAL	14	100.00

FUENTE: Archivo clínico del servicio de Cirugía General H.E.P. IMSS Puebla, 1989-1993.

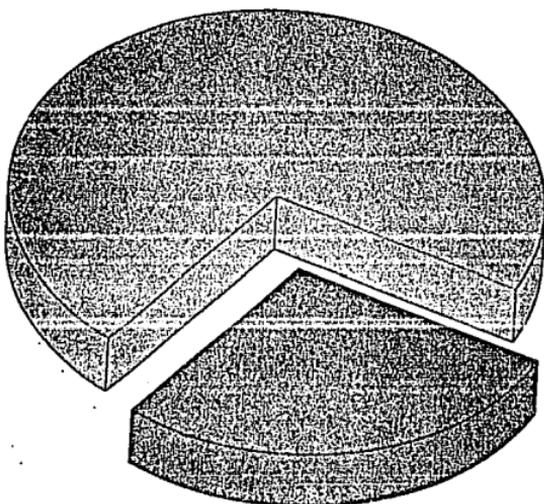
GRÁFICA 1.  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR AÑO.  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
1989-1993.



Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

GRÁFICA 2.  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR SEXO.  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
1989-1993.

■ Masculino 28.58%  
□ Femenino 71.42%



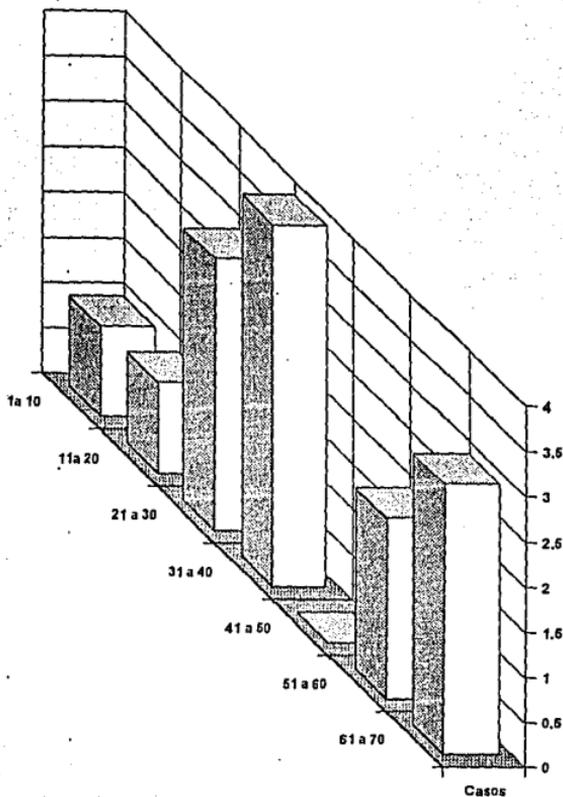
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

**TABLA No. 2**  
**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIALIASIA.**  
**DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD.**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S. PUEBLA.**  
**1989 a 1993.**

EDAD (en años)	No. de CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1 A 10	1	7.14	7.14
11 A 20	1	7.14	14.28
21 A 30	3	21.43	35.71
31 A 40	4	28.58	64.29
41 A 50	0	0.00	64.29
51 A 60	2	14.29	78.58
61 A 70	3	21.43	100.00

FUENTE: Archivo Clínico del Servicio de Cirugía General H.E.P. IMSS Puebla, 1989-1993.

GRÁFICA 3.  
 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD (en años).  
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. A. C."  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
 1989-1993.



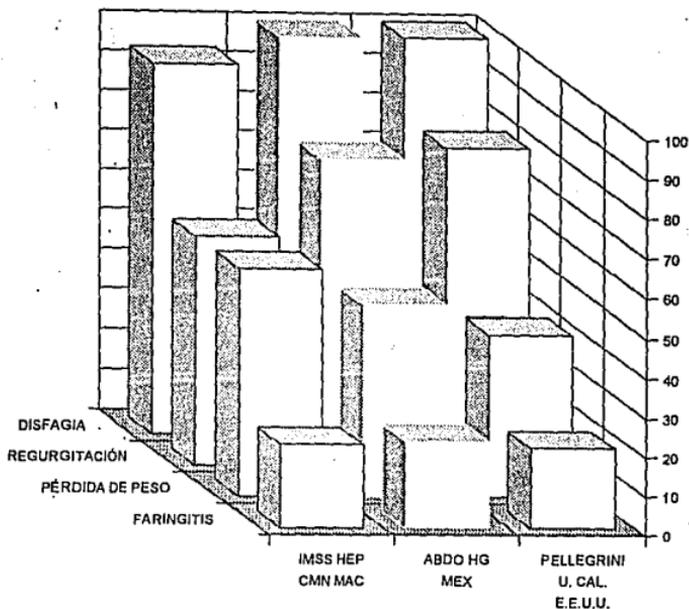
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

**TABLA No. 3.**  
**TATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ACALASIA.**  
**SINTOMATOLOGÍA PREOPERATORIA.**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES LIA S.S. PUEBLA.**  
**1989 a 1993.**

SÍNTOMA	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
DISFAGIA	13	92.86
REGURGITACIONES	6	57.14
PERDIDA DE PESO	8	57.14
FRANJAS DE REPLICACIÓN	3	21.42
ODINOFAGIA	2	14.29
PITILISMO	1	7.14

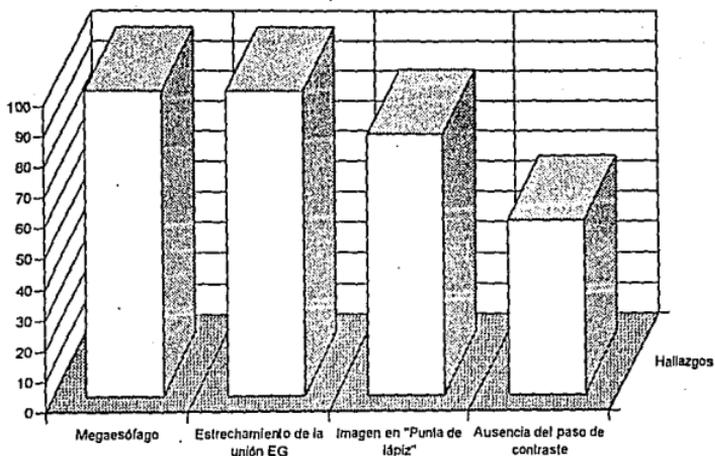
FUENTE: Archivo clínico del servicio de Cirugía General H.E.P. IMSS Puebla. 1989-1993.

GRÁFICA 4.  
 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
 SINTOMATOLOGÍA PREOPERATORIA EN DIFERENTES SERIES Y HOSPITALES (Porcentajes).  
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
 1989-1993.



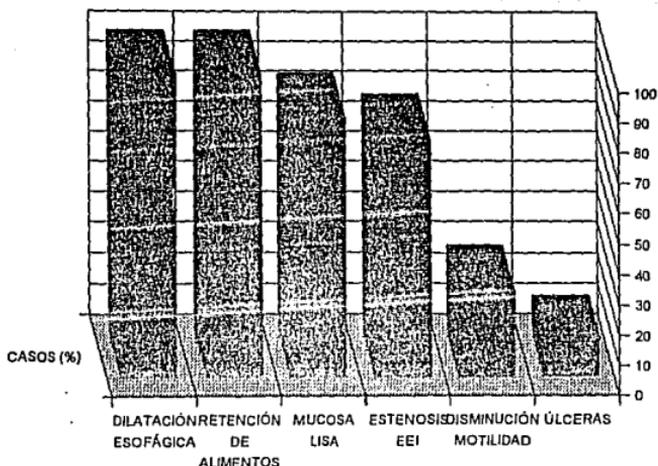
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

GRÁFICA 5.  
 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
 HALLAZGOS RADIOLÓGICOS PREOPERATORIOS (Porcentajes).  
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
 1989-1993.



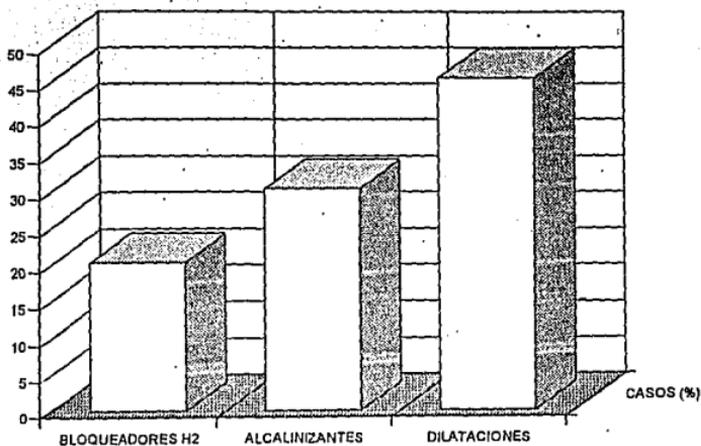
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General, HEP IMSS Puebla.

GRÁFICA 6.  
 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
 HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS PREOPERATORIOS (Porcentajes).  
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
 1989-1993.



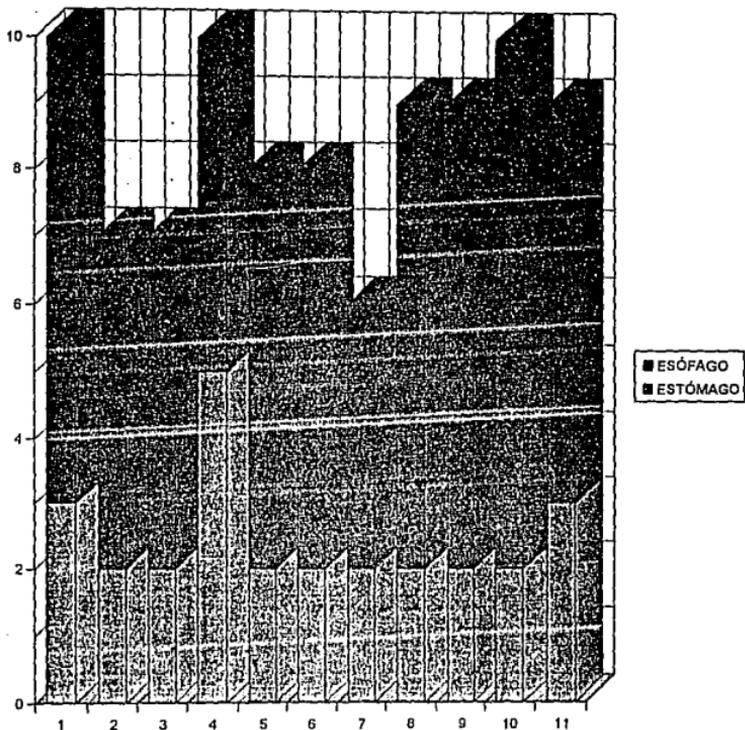
Puente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

GRÁFICA 7.  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
TRATAMIENTO PREOPERATORIO EMPLEADO.  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
1989-1993.



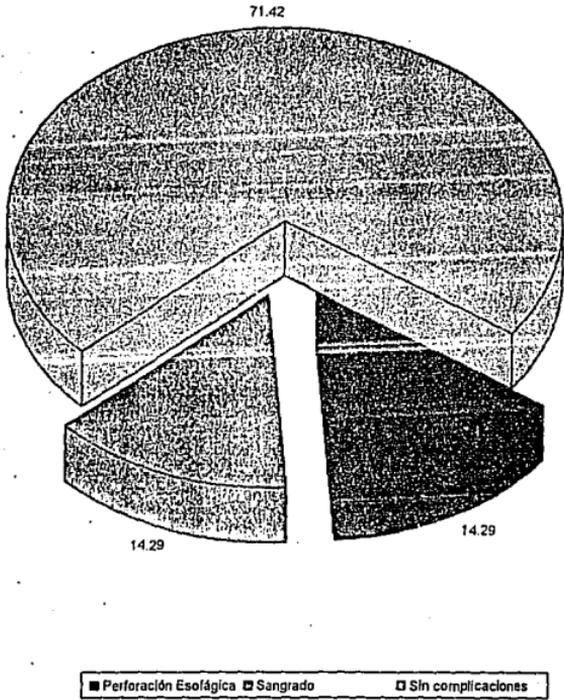
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

GRÁFICA 8.  
 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
 LONGITUD DE LA MIOTOMÍA (Esófago/Estómago)  
 PACIENTES OPERADOS (Heller).  
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
 1989-1993.



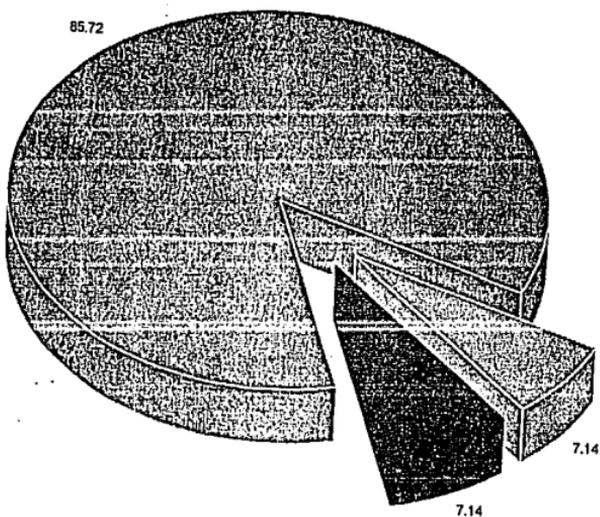
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

GRÁFICA 9.  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS (Porcentajes)  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
1989-1993.



Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General, HEP IMSS Puebla.

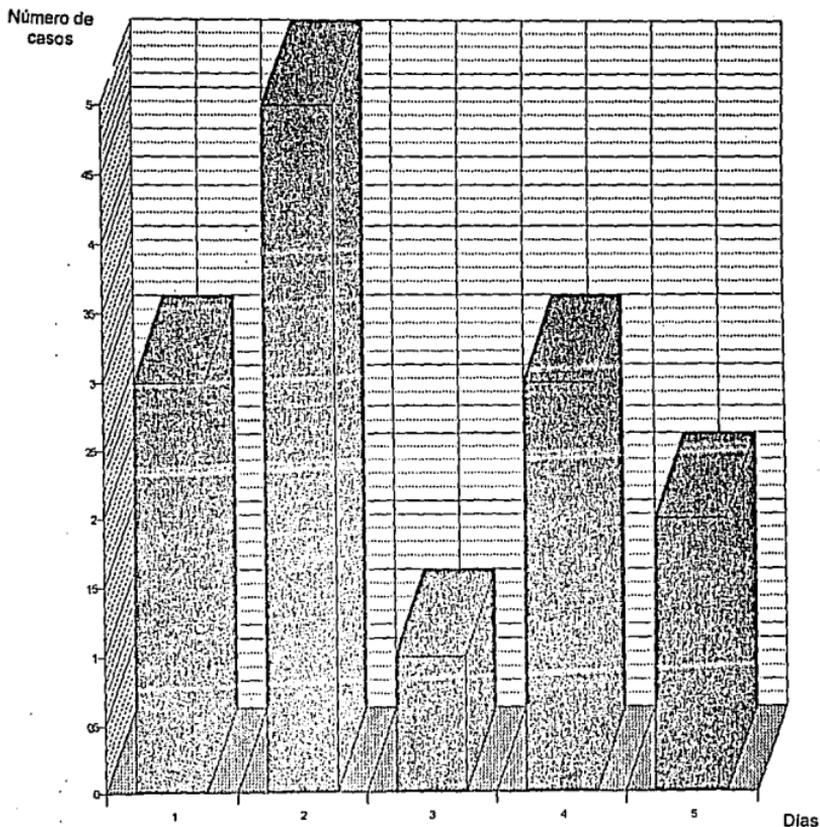
GRÁFICA 10.  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS (Porcentajes).  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. A. C."  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
1989-1993.



■ Neumonía ■ Infección de la Herida ■ Sin complicaciones

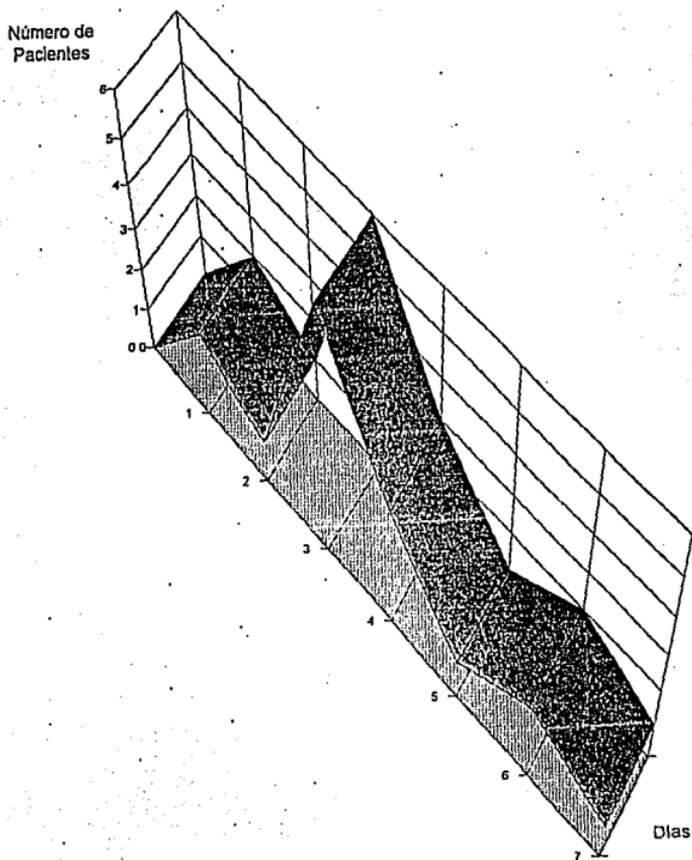
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

GRÁFICA 11.  
 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
 DÍAS DE PERMANENCIA DE SONDA NASOGÁSTRICA.  
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
 1989-1993.



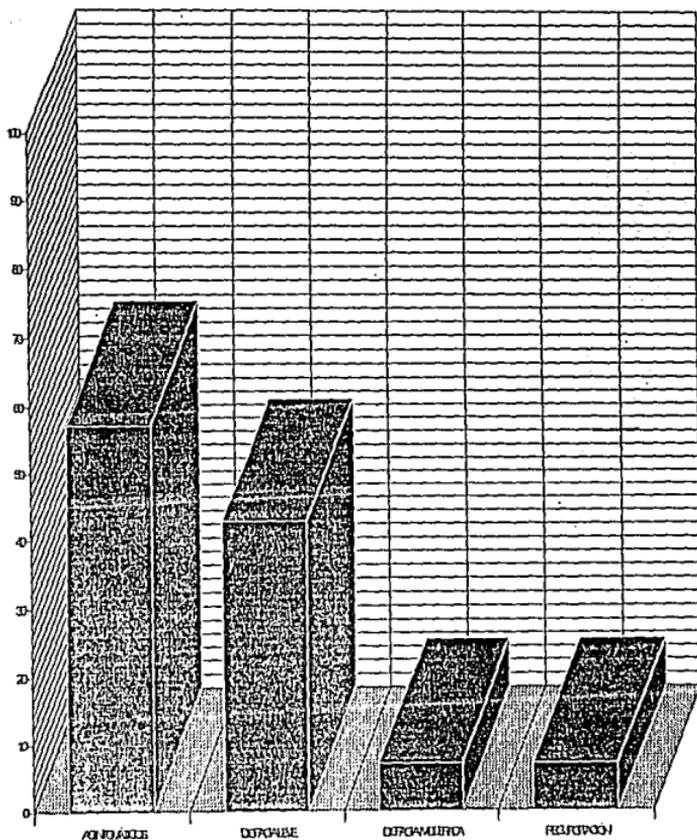
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General, HEP IMSS Puebla.

GRÁFICA 12.  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASÍA.  
INICIO DE VÍA ORAL (Pacientes Postoperados de Heller-Nissen)  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA  
1989-1993.



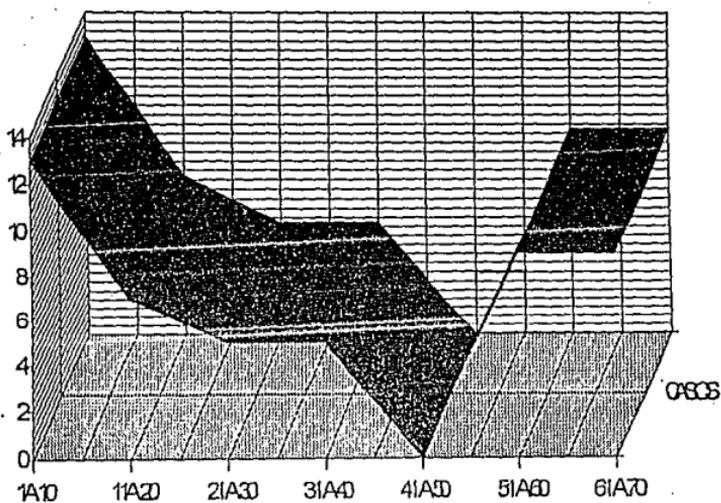
Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. IME' IMSS Puebla.

GRÁFICA 13.  
 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
 SINTOMATOLOGÍA POSTOPERATORIA (Porcentajes)  
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. A. C."  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA.  
 1989-1993.



fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP BISS Puebla.

GRÁFICA 14.  
 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.  
 DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD.  
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "M. Á. C."  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA.  
 1989-1993.



Fuente: Archivo clínico del Servicio de Cirugía General. HEP IMSS Puebla.

## DISCUSIÓN

La acalasia es un padecimiento poco frecuente en México, y así lo demuestra la revisión que presentamos, con 14 pacientes operados en un lapso de 5 años, se observó un predominio del sexo femenino de 2.5:1, de acuerdo a la literatura reportada (Abdo 1992), sin embargo hay reportes también de presentación similar en ambos sexos, la mayor incidencia del padecimiento fue entre la 3era. y 4ta. década, de acuerdo con la literatura aportada, al igual que la sintomatología preoperatoria que consta de disfagia, regurgitaciones y pérdida de peso, principalmente. El diagnóstico fue realizado por la asociación de estudios radiológicos y endoscópicos, pues no se cuenta con un estudio manométricos. El empleo de tratamiento médico sintomático fue universal, no así de los medicamentos utilizados para disminuir la presión del EEI, ya que no se encuentran constatados o no fueron utilizados. El empleo de dilataciones preoperatorias fueron efectuadas en 7 pacientes (50%), sin embargo, la mejoría fue transitoria pues, requirieron posterior a varias sesiones, tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico, al igual que la literatura reportada, ofrece excelentes resultados en más del 50% de los pacientes operados. Un 21% de los pacientes requieren dilataciones esofágicas postoperatorias para mejorar la sintomatología. Se presentó estenosis en 5 pacientes (35.71%), la cual fue tratada con dilataciones encontrando mejoría en 2 de ellos (14.28%) y el resto continúa con seguimiento. No se obtuvo mortalidad en nuestra serie, la cual se informa en la literatura del 0.2%. No se valoró refluj gastroesofágico puesto que todos los pacientes fueron manejados con procedimiento antirreflujo tipo Nissen.

En cuanto al manejo médico postoperatorio no hubo modificaciones significativas en relación a la permanencia de la sonda nasogástrica y el inicio de la VO. A la vez la longitud de la miotomía en esófago y estómago no influyó determinadamente en la sintomatología postoperatoria.

## CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de Acalasia que fueron sometidos a procedimiento quirúrgico Heller-Nissen obtuvieron buenos resultados en el postoperatorio mediano en un 57.14% aumentando esta proporción tomando en cuenta aquellos pacientes que presentaron disfagia leve y no requirieron dilataciones correspondiendo a un 85.71%. La morbilidad presentada fue de 6 pacientes que corresponde al 42.85% y la mortalidad del 0%. Se concluye que el tratamiento de la Acalasia es inminentemente quirúrgico, no obstante la mejoría transitoria con tratamiento médico conservador.

El procedimiento de Heller-Nissen es un procedimiento adecuado para el manejo de estos pacientes, ya que los porcentajes de mortalidad son bajos, al igual que lo reportado en la literatura.

Consideramos también que la longitud de la miotomía realizada en esófago y estómago no es determinante en la presentación de RGE, cuando se lleva a cabo un procedimiento antirreflujo adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ELLIS F.H., SCHWARTZ S.I. Acalasia. En: Malngol, Operaciones abdominales. Editorial Panamericana, 1988, Pág. 563-578.
2. ORRINGER M.B., SABISTON D.C. Trastornos de la mortalidad esofágica. En: Sabiston D.C. Tratado de Patología Quirúrgica. Editorial Interamericana, 1988. Pág. 727-747.
3. ABDO F.J., BERNAL S.F., PEREZ T.E., SOBRINO C.S., ZARATE G.A. "et. al."; Tratamiento Quirúrgico de la Acalasia. Rev. Gastroenterol. Méx. 1992; 57(1): 378-388.
4. PENAGINI R., BARTESAGHI B., ZANNINI P., BIACHI P.A. Lower oesophageal sphincter hypersensitivity to opioid receptor stimulation in patients with idiopathic achalasia. Gut. 1993; 34: 16-20.
5. SONNERNBERG A., MASSEY B.T., McCARTY D.J., JACOBSEN S.J. Epidemiology of hospitalization for achalasia in the United States. Dig. Dis. Sci. 1993; 38(2): 233-244.
6. ROBERTSON C. S. MARTIN B.A., ATKINSON M.A. Varicella-Zoster virus DNA in the oesophageal myenteric plexus in Achalasia. Gut. 1993; 34: 299-302.
7. HOWARD P.J., MAHER L., PRYDE A., CAMERON E.W., HEADING R. Five year prospective study of the incidence, clinical features, and diagnosis of achalasia in Edinburgh. Gut. 1992; 33: 1011-1015.
8. STUART R., BYRNE P., LAWLOR P., O'SULLIVAN G., HENNESSY T. Meal area Index: a new technique for quantitative assessment in achalasia by ambulatory manometry during eating. Br. J. Surg. 1992. 79: 1162-1166.
9. BOURGEOIS N., COFFERNILS M., SZNAJER Y., PANZER J.M., "et. al". Non surgical management of achalasia. Acta gastroenterol. Belg. 1992; 55 (3): 260-263.
10. ECKARDT F.V., AIGENHERR C., BERNHARDG. Predictors of Outcome in patients With Achalasia Treated by Pneumatic Dilatation. Gastroenterology. 1992; 103: 1732-1738.

11. PRICOLA V.E., PARK C.S. THOMPSON W. Surgical Repair of esophageal Perforation Due to Pneumatic Dilatation for Achalasia. Arch. Surg. 1993; 128 (5): 540-543.
12. MOSCA F., CONSOLIA A., LATTERI S., Esophageal achalasia: cardiomyotonia or pneumatic dilatation?. Minerva Chir. 1992; 47 (18): 1421-1428.
13. ALMEIDA J.C. ALMEIDA J.M. Addominal versus thoracic approach for myotomy in esophageal achalasia. Acta Med. Port. 1992; 5 (9): 467-471.
14. PELLEGRINI C., WETTER A. PATTI M., LEICHTER R., MUSSAN G. Thoracoscopic Esophagomyotomy. Ann. Surg. 1992; 218 (3): 291-299.
15. BONAVINA L., NOSADINI A., BARDINI R., BAESSATO M., PERACCHIO. Primary Treatment of Esophageal Achalasia. Arch. Surg. 1992; 127: 222-226.
16. ALLEN K., RICKETTS R. Surgery for Achalasia of the Cardia in Children: the dor.-Gavrilu Procedure. J. Ped. Surg. 1992; 27 (11): 1418-1421.
17. ELLIS F., WATKINNS E., GIBB S., HEATLEY G. Ten to 20 year clinical results after short esophageomyotomy without an antireflux procedure (modified Heller operation) for esophageal achalasia. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 1992; 6(2): 88-89.
18. GATZINSKY P., DERNEVIK, BJORK S., SANDBERG N. Technique for prevention of gastroesophageal reflux after transthoracic Heller's operation. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1993; 105 (3): 553-555.
19. OCHOA J., CASASA J. The Surgical Treatment of Gastroesophageal reflux (GER). An Esp. Pediatr. 1992; 36: 294-298.