

11209  
109



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado  
I.S.S.S.T.E.  
Subdirección General Médica  
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA EN EL MANEJO QUIRURGICO  
DE ACALASIA COMPARADO CON EL MANEJO  
ENDOSCOPICO CON DILATACIONES ESOFAGICAS EN  
EL CMN 20 DE NOVIEMBRE EN EL PERIODO DE ENERO  
DE 1996 A MAYO DE 2002.

TESIS DE POSGRADO

Para obtener el diploma de Especialidad:  
CIRUGIA GENERAL

DRA. MONICA PAULA DE LOS SANTOS CANO



MEXICO, D.F.

OCTUBRE 2003

TESIS CON  
FALLA DA DATAGEN

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## **DEDICATORIA**

A mis padres por todo su amor, paciencia y dedicación en todos los momentos de mi vida, por su apoyo incondicional para poder realizar esta etapa, y como un pequeño tributo a quien honor merece.

A mis hermanas por ser las compañeras de Toda la vida, y porque en nadie tendré...  
Como en ellas a las mejores e Incondicionales amigas.

A mis maestros por su paciencia, por su dedicación, con toda la gratitud por Compartir conmigo parte de su experiencia En el difícil arte de la cirugía.

A mis compañeros por los buenos Momentos compartidos durante estos 4 años de residencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

1. Resumen inglés.....	1
2. Resumen en español.....	2
3. Introducción.....	3
4. Material y métodos.....	10
5. Resultados.....	12
6. Discusión.....	28
7. Conclusiones .....	29
8. Bibliografía .....	31

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**"Study about the efficacy surgical treatment of Achalasia comparative with endoscopies dilatations treatment in CMN 20 November in period January 1996 to May 2002".**

De los Santos C. Monica R, MD., De Leon L. Daniel A. MD., Department of surgery CMN 20 de November.

**Abstract.**

**Objective:** Demonstrates the surgical treatment is plus efficacy in Achalasia of best result to long time comparative endoscopical dilatation treatment and treatment is the first election.

**Material and methods:** We reviewed complete expedients of Achalasia patients; among 24-80 years age, both sex, in the CMN 20 November treated with dilatations, cardiomyotomy Heller, Funduplication, or both. With certificate. To evaluate for parameter to Visick; manometry, endoscopy, study of barium. Surgery type: traditionally or laparoscopic, funduplications type. Dilatations number, seasons frequency. Mixed treatment.

**To evaluate results:** excellent, good, poor and fail.

**Result:** We studied 12(50%) female, 12(50%) male. 5 years evolution. Symptoms: light dysphagia (41.6%), moderate regurgitation (54.1%), light pain (50%), moderate halitosis (51.1%), severe weight loss 25kg (45.8%).

**Endoscopies report:** dilatation esophageal (37.5%); SEG: dilatation I (41.6%);

**Manometry:** absent or incomplete lower esophageal sphincter (25%).

**First intent realized:** Dilatation 13 patients; surgery 8 ( 6 traditionally, 2 laparoscopic); 2 dilatations after surgery laparoscopic; 1 traditionally surgery after dilatations.

**Dilatations:** many sessions, symptoms remission 1-2 months. We obtained results: excellent 7, good 4, fail 2.

**Surgical treatment:** 11 (7 traditionally, 4 laparoscopic) 6 funduplications, 5 without funduplications. We obtained results: traditionally surgical: excellent 5, good 1, poor 1. Laparoscopic surgical: excellent 4.

**Conclusions:** The best results in treatment surgical comparative dilatations treatment. The treatment of Achalasia surgery is possible the first election.

**"Estudio sobre la eficacia en el manejo Quirúrgico de Acalasia comparado con el manejo Endoscópico con dilataciones esofágicas en el CMN 20 de Noviembre en el periodo de Enero de 1996 a Mayo de 2002."**

De los Santos C. Mónica R, MD., De León L. Daniel A. MD. Servicio de Cirugía General Del CMN. 20 de Noviembre.

**Resumen:**

**Objetivo:** Demostrar que el manejo quirúrgico es mas efectivo en tratamiento de Acalasia, con mejores resultados a largo plazo que dilataciones. Que puede ser el tratamiento de primera elección.

**Material y métodos:** Revisamos expedientes completos de pacientes con Acalasia rango de edad 24-80 años, ambos sexos, en CMN 20 de Noviembre de Enero 1996-Mayo 2002 tratados con dilataciones, Cardiomiectomía Héller, con/sin procedimiento antirreflujo, o las dos modalidades de tratamiento. Mediante cédula de recolección de datos. Evaluando parámetros de Visick; manometría, endoscopia, estudios contrastados. Tipo de cirugía: abierta, laparoscopia, con/sin funduplicatura. Numero de dilataciones, sesiones, frecuencia. E índice de tratamiento mixto. Evaluamos resultados en: excelentes, buenos, pobres y fallidos.

**Resultados:** Estudiamos 24 pacientes 12(50%) femeninos, 12(50%) masculinos; promedio 5 años evolución. Sintomatología: disfagia severa (41.6%), regurgitación moderada (54.1%), dolor leve (50%), halitosis moderada (51.1%), perdida peso severa 25kg (45.8%). Reporte endoscópico: esófago dilatado/alimento (37.5%); SEG: dilatación I (41.6%); manometría: relajación incompleta EEI (25%).

**Manejamos de primera intención:** dilataciones 13 pacientes, cirugía 8 (6 abierta, 2 laparoscopia); 2 dilataciones-cirugía laparoscópica; 1 cirugía abierta-dilataciones.

**Dilataciones:** muchas sesiones remisión síntomas 1-2 meses. Obtuvimos resultados excelentes 7, buenos 4, falla 2.

**De 11 operados (7 abierta, 4 laparoscopia) 6 procedimiento antirreflujo, 5 no. Obtuvimos resultados: cirugía abierta excelentes 5, bueno 1, pobre 1. Cirugía laparoscópica excelente 4.**

**Conclusiones:** Mejores resultados en Cirugía comparando dilataciones pues tiene falla. La cirugía puede realizarse de primera elección con mejores resultados a largo plazo.

## INTRODUCCION

La principal función del esófago es la de movilizar la comida desde la boca a la par de evitar el pasaje retrógrado del contenido gástrico (1).

El esófago es una estructura tubular muscular de 40 cm. de longitud asegurada por un esfínter esofágico superior a nivel de C5 y C6 en el cuello, y por el esfínter esofágico inferior circundado por el hiato esofágico en el diafragma. Su lumen esta cubierto por epitelio escamoso y no posee capa serosa, el 5% del esófago proximal esta compuesto por músculo estriado, del 35-40% de su parte media tiene una mezcla de músculo liso y estriado y el 50-60% del esófago distal es músculo liso (1). Su innervación es tanto simpática con ramificaciones de múltiples ganglios simpáticos como parasimpático con ramificaciones de los nervios vagos estos plexos divergen para formar plexos que rodean al esófago; los submucosos de Meissner son escasos en el esófago mientras que los Mientéricos de Auerbach proveen el resto de la inervación.

El aporte arterial es segmentario por superposición en su porción cervical esta dado por las arterias tiroideas inferior y ramas de la carótida común, subclavia y arterias faríngeas ascendentes, en su porción torácica por ramas de la aorta y arterias intercostales y bronquiales, y en el segmento intraabdominal por la gástrica izquierda, gástrica menor y frénica izquierda inferior.

El EEI tiene un promedio de longitud axial máxima de 3cm, su presión de reposo es de 10-30 Mm. Hg., la relajación esta mediada por fibras vagales (1).

Han transcurrido mas de 300 años desde que Thomas Willis descubrió en Inglaterra el primer caso de Acalasia (1674). En 1929 Hurst definió Acalasia como un fracaso en la relajación del esfínter esofágico inferior (3).

En 1897 Rumpel desarrollo el estudio de pacientes por rayos x. En 1888 Mikulicz y Meltzer postularon que la contracción espasmódica del esfínter del cardias era el factor etiológico principal (4).

Posteriormente a ello se han hecho múltiples estudios e investigaciones sobre las causas de presentación atribuyéndolo a daño neuromuscular suponiendo cambios degenerativos y reducción del número de células propias de los plexos de Auerbach o plexo mientérico (4), además se han encontrado cambios ultra estructurales en las biopsias de las ramas esofágicas del vago tomadas durante la

esofagomiotomía realizada en pacientes con esta enfermedad, mientras que tales cambios se observaron en biopsias similares obtenidas en pacientes sin afección esofágica específica. Por otra parte dos pacientes con Acalasia mostraron una reducción bilateral del 50% del número de neuronas del núcleo motor dorsal del nervio vago en comparación con recuentos de la misma zona efectuados en pacientes cuya muerte se había producido por otra causa. Estas comprobaciones son concordantes con el concepto del origen central de la enfermedad, quizá por un virus neurotrópico con compromiso primario del núcleo dorsal motor del vago y con degeneración secundaria de sus ramas y degeneración transináptica de las células ganglionares del plexo de Auerbach exactas (5).

Casella demostró anomalías en fibras miélicas, pérdida de células de Schwanz y ausencia de colinesterasa, que explican el aumento de la presión del esfínter esofágico inferior (EEI) en respuesta a la liberación local de acetilcolina con lo que se refuerza la posibilidad de la desnervación preganglionar (4) (5).

Lehmann (1945) demostró que el mecanismo inhibitor del vago tras una sección del músculo resulta en cardioespasmo por predominio de las fibras simpaticomiméticas (5).

El hecho de que el EEI sea muy sensible a la gastrina endógena o exógena proporciona otros argumentos a favor de la desnervación así como la deficiencia de óxido nítrico entre otros.

Aunque existen algunas publicaciones aisladas en las que se menciona su aparición en hermanos y miembros de una misma familia, no se tiene evidencia de la existencia de una verdadera incidencia familiar. En general los pacientes con esta enfermedad se encuentran entre los 30-60 años, aunque puede aparecer cualquier época de la vida. La patología en sí es más frecuente en la mujer en la 3-4ª década de la vida (3).

No es una enfermedad frecuente. Earlam y col. Revisaron, entre 1935 y 1964, los registros de residentes de Rochester, Minnesota y encontraron el diagnóstico de Acalasia del esófago en 11 pacientes lo que significa una incidencia aproximada de 0.6 en casos por cada 100.000 habitantes (4).

El EEI tónicamente contraído y la ausencia de peristalsis en el cuerpo del esófago se combinan para dar una obstrucción esofágica distal funcional, sin ayuda para el vaciamiento del esófago, el paciente tiene que acumular una columna de alimentos en el esófago de modo que la presión hidrostática en el fondo pueda superar al esfínter que no se relaja, y empujar algunos alimentos hacia el estómago con el tiempo el esófago se distiende en formar regular y finalmente puede llegar a tener un tamaño tan enorme que el paciente ya no tiene disfagia por el reservorio de gran tamaño (2).

La obstrucción de la deglución es el síntoma mas frecuente y muchas veces el más temprano de la enfermedad, de inicio puede ser intermitente pero después se hace permanente.

La regurgitación es el segundo síntoma mas común y aparece en casi el 75% de los pacientes por lo regular el enfermo es visto cuando el hipo peristaltismo ha llegado a la aperistálsis con dilatación mas o menos importante del cuerpo del esófago, que condiciona dolor retroesternal que aunque es infrecuente ya que se presenta en una cuarta parte de los casos es de aparición temprana por lo que puede ser atribuido a otras patologías, suele acompañarse de plenitud o gorgoteo en el tórax; a su vez se produce halitosis por descomposición de las secreciones y alimento retenidos en el cuerpo del esófago, el estrés emocional y la ingesta rápida empeoran los síntomas; se puede presentar neumonía por aspiración en 10% de los casos siendo una grave complicación de la enfermedad.

La Acalasia es una enfermedad premaligna que en el 7% de los casos produce el desarrollo de carcinoma de células escamosas después de 15-25 años de evolución.

Se a observado asociación entre Acalasia y Hernia Hiatal en un 4% de los casos (1).

En cuanto al diagnóstico en la radiografía de tórax se observa ensanchamiento del mediastino, nivel hidroaéreo en tórax, ausencia de burbuja aérea gástrica y evidencia de aspiración pulmonar en los casos que exista neumonía. La ingestión de bario muestra falla o retraso en la depuración esofágica, una imagen de "lavado" por contracciones no peristálticas, la imagen en pico de pájaro o en punta de lápiz es característica, el EEI se abre en forma parcial intermitente y asincrónica con la ingestión (1).

En la endoscopia se observa imagen de Esofagítis, y cardias puntiforme deben tomarse biopsias para descartar otras causas de disfagia. El pasaje de una bujía corresponde a la zona de presión persistente del EEI pero una vez vencida, el dilatador pasa súbitamente al estómago en una forma característica que no se encuentra en el pasaje de otras estrecheces de origen orgánico.

Y finalmente el estudio manométrico nos reporta ausencia de peristálsis en el cuerpo del esófago, relajación anormal o incompleta del EEI después de la deglución con una restauración rápida del tono basal, presiones elevadas del EEI dos a tres veces mayor de lo normal, las presiones intraesofágicas, elevadas en relación a la gástrica por dilatación y retención de alimentos el periodo en el que el esófago puede vaciarse esta limitado. Estas anomalías se presentan después del 80% o mas de los intentos deglutorios, en algunos casos persisten las ondas

peristálticas pero son de menor presión y asincrónicas lo que se conoce como Acalasia vigorosa.

Los efectos médicos para aliviar la obstrucción esofágica distal, responsable de los signos de Acalasia esofágica han resultado infructuosos. Se ha utilizado toxina botulínica intraesfinteriana con una remisión de la sintomatología en 49% con recurrencia de los síntomas al mes requiriendo nueva aplicación (6).

Si el tratamiento inicial de la Acalasia debe basarse en las dilataciones forzadas o en la cirugía es aun materia de discusión.

El propósito de la dilatación esofágica es debilitar o romper las fibras de la musculatura circular del EEI por una distensión forzada. Las presiones efectivas mínimas requeridas son de 250-300 Mm. Hg. la tasa de éxito depende del tipo de dilatación: neumática 46-90% con una media de 80%, hidrostática 65-76% media 67% o con sonda de mercurio (1). El paciente experimenta dolor torácico o epigástrico leve o moderado y cuando el balón se desinfla y se retira a los 60 segundos de insuflado se observa tinción con sangre lo cual sugiere que ha habido ruptura energética de las fibras (2).

Aunque se han publicado muchos trabajos referidos a los resultados de las dilataciones forzadas, solo algunos de ellos ofrecen datos comparativos entre los resultados de la miotomía y los de la dilatación forzada en una misma institución.

La esofagomiotomía se realiza desde 1903 y se asocia con una tasa de éxito del 65-99% con una media de 87% así pues produjo mejores resultados en un estudio prospectivo randomizado en 1989 en el compararon los resultados de estos dos procedimientos y llegaron a la conclusión de que eran mejores los obtenidos por la cirugía.

En términos generales cerca del 95% de los pacientes operados muestran mejoría, mientras que solo dos tercios de los pacientes sometidos a dilataciones ofrecen resultados similares.

Aunque es verdad que la dilatación forzada no requiere internamiento hospitalario no es un procedimiento exento de complicaciones. Puede realizarse con anestesia tópica y una bujía de caucho rellena de mercurio y pasarla a intervalos frecuentes para obtener una dilatación gradual y gentil o bien usando presiones de aire o agua controladas midiendo presiones y vigilando la ruptura de fibras. (4). La recidiva de los síntomas luego de dilatación forzada no es infrecuente, la cual hace necesarias las dilataciones repetidas para poder obtener resultados poco satisfactorios.

La segunda controversia ha sido estimada por la presencia de Esofagitis variable entre el 15-50% que se presenta después de la esofagomiotomía y si debe

RESERVA  
FALLA DE ORIGEN

efectuarse o no un procedimiento antirreflujo que actualmente se hace de rutina en todos los casos de Acalasia con esta cirugía se obtuvieron índices de mejoría altos(2). La zona residual de alta presión no es suficiente para interferir en el pasaje de alimento del esófago al estomago pero si para proteger al esófago del reflujo gástrico. Actualmente esta en controversia también que tipo de procedimiento antirreflujo hay que utilizar los mas comúnmente usados son Funduplicatura anterior Dor y posterior Toupet con muy buenos resultados ambas (18) (25).

Se tienen algunas indicaciones establecidas para cirugía por Acalasia estas son: Acalasia en niños, esófago largo y dilatado, Acalasia asociada con otras enfermedades esofágicas, complicaciones pulmonares o respiratorias de la Acalasia, fallas en la dilatación y casos en los que el carcinoma no puede ser descartado con seguridad (4).

En conclusión los mayores puntos de controversia a discutir en esta alteración son:

Si la dilatación forzada o la cirugía serían los métodos de tratamiento ideales y cual es el porcentaje de resolución de cada uno de ellos además que las dilataciones tienen el inconveniente principal de que son repetidas incluso de por vida remitiendo la disfagia por periodos no prolongados, en cuanto al manejo quirúrgico se comenta un porcentaje de éxito grande con la cardiomiectomía de Héllier con procedimiento antirreflujo, con un índice de remisión de la sintomatología en un 99% de los casos por lo que quizás sea suficientemente exitosa como para competir con la dilatación neumática como el tratamiento inicial (2) (21) (22) (24).

La recurrencia de los síntomas después de miotomía es relacionada con miotomías incompletas, o estenosis del sitio distal de la miotomía esto puede ser tratado con dilataciones después de la cirugía para no someter nuevamente al paciente a un segundo procedimiento (7).

Las dilataciones esofágicas son el estándar no quirúrgico de la Acalasia (11), con índices de perforación de 1-2%. Hay algunos pacientes que son sometidos a dilataciones por largo tiempo sin presentar mejoría evidente por lo que son manejados quirúrgicamente sin mayores dificultades para la cirugía con resultados similares a los que no han sido sometidos a dilataciones (13) (17).

Gran numero de autores usan dilataciones esofágicas como tratamiento primario aunque con el inconveniente de que se requieren largos periodos y de sesiones constantes de dilataciones, el resultado depende mucho del paciente y el grado de sintomatología presentada.

ESTUDIOS CON  
FALLA DE ORIGEN

Actualmente se esta haciendo miotomía por laparoscopia con buenos resultados hasta en 90% de los pacientes remitiendo la sintomatología y mejorando el vaciamiento esofágico, además de que la morbilidad, tiempo de hospitalización, tiempo de incapacidad son mejorados, tiene grandes ventajas como pequeñas incisiones, pocos días de hospitalización, rápido retorno a la vida cotidiana y a la vía oral que era uno de los inconvenientes de la cirugía abierta comparado con las dilataciones ya que como se menciono no requieren hospitalización.(25).Otra ventaja de la cirugía es que también puede ser realizada en quienes han fallado las dilataciones esofágicas (8) (9).

Así también se han utilizado prótesis metálicas colocadas endoscópicamente sin resultados satisfactorios por migración, dolor y reflujo persistente (10).

En el CMN 20 de Noviembre se tiene un numero importante de casos de Acalasia así como de experiencia en su manejo, con el presente estudio se pretende conocer el impacto que tiene el manejo Endoscópico y Quirúrgico en la remisión de la sintomatología, así como los criterios de tratamiento utilizados, y tipo de manejo elegido de primera elección en base al estudio del paciente.

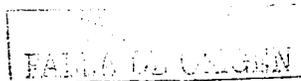
Así como demostrar que en el manejo de Acalasia la cardiomiectomía de Héller con funduplicatura tiene un porcentaje de éxito mayor a largo plazo por lo cual es superior en el alivio de la sintomatología, comparado con las dilataciones esofágicas y establecer que puede ser el tratamiento de primera elección.

Valorar que vía de abordaje es mejor en el manejo quirúrgico, Abierto o Laparoscópico y conocer el tipo de procedimiento antirreflujo mas utilizado en la actualidad .La efectividad de estos manejos en la remisión de la sintomatología, y el porcentaje de casos que requirieron manejo con dilataciones posterior a cirugía.

Otro punto importante en el estudio es conocer el porcentaje de efectividad de dilataciones, numero de sesiones necesarias para mejorar la sintomatología inicial y tipo de sondas y calibres mas utilizados. Así como el índice de conversión de manejo Endoscópico a Quirúrgico.

Como se mencionó en el hospital se tiene experiencia en el manejo de Acalasia por vía Endoscópica sometiendo al paciente a protocolos de dilataciones por periodos indefinidos con altos costos para la institución, por lo cual se pretende hacer un estudio comparativo sobre la eficacia de la Cirugía con o sin procedimiento antirreflujo para el tratamiento definitivo de la patología, con el objeto de proponerlo como manejo de primera elección.

Se han hecho muy pocos estudios comparando las dos modalidades de tratamiento en la misma institución es por ello que pretendemos aportar algo significativo para contribuir a la decisión en el tratamiento primario.



Esto con la finalidad de mejorar la atención en el paciente con patología esofágica, y ofrecerle una mejor calidad de vida en base a la experiencia bibliográfica y laboral en nuestra institución.

RECIBIDO EN  
FALLA DE ORIGEN

## **MATERIAL Y METODOS**

El presente es un estudio retrospectivo, comparativo y transversal en el que se revisaron expedientes de pacientes diagnosticados con Acalasia en un rango de edad de 24-80 años en el CMN 20 de Noviembre en el periodo de Enero de 1996 a Mayo de 2002 tratados con dilataciones esofágicas, manejo quirúrgico Cardiomiectomía de Heller, con o sin procedimiento antirreflujo, o bien las dos modalidades de tratamiento.

En cuanto a los criterios para incluir a los pacientes al estudio se contemplaron todos los que tuvieran expedientes completos y estuvieran en el rango de edad y periodo de tiempo de estudio.

Se excluyeron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de Acalasia que quedaran fuera del periodo de estudio citado, fuera del rango de edad, pacientes con otro trastorno motor del esófago agregado o que ingresaron por otro motivo a hospitalización con antecedente de Acalasia.

Así pues se eliminaron del estudio los expedientes de pacientes que no estuvieron completos o bien que no se encontraron físicamente en el archivo clínico del hospital.

Se realizó la revisión de expedientes de pacientes que fueron manejados en nuestra institución por los servicios de Endoscopia y Cirugía General a través de una cédula de recolección de datos con método de Visick obtenido de los referidos en las notas de evolución de control en la consulta externa, y reportes de valoración en el preoperatorio por: manometría, endoscopia, y estudios contrastados; así como estudios que hayan sido realizados posteriores al tratamiento impartido en cada paciente.

Para los pacientes manejados por cirugía se evaluaron: hojas de cirugía para conocer la vía de abordaje, si se realizó o no procedimiento antirreflujo, y cual de ellos se utiliza con mayor frecuencia, notas postoperatorias, notas de evolución en hospitalización y notas de control por la consulta externa para valorar la evolución clínica así como valoración de gabinete: estudios contrastados, manométricos y endoscópicos previos y posteriores al tratamiento realizado en caso de haberse efectuado.

TELEFON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a los pacientes manejados por dilataciones se revisaron las hojas de actividades diarias y la libreta de procedimientos del servicio de Endoscopia para buscar pacientes con diagnóstico de Acalasia, con la finalidad de obtener un listado para revisión de expedientes y mostrar cuantas dilataciones se han realizado desde el diagnóstico, con que frecuencia se realizaron, tipo de sonda y calibre utilizados con mayor frecuencia, notas de evolución clínica y estudios de gabinete previos y posteriores al tratamiento en caso de haberse realizado.

Los resultados obtenidos se clasificaron en 4 categorías como sigue a continuación:

- Pacientes con excelentes resultados: fueron esencialmente asintomático tienen ganancia ponderal y retornaron a sus actividades normales.
- Pacientes con buen resultado: consiguieron mejoría, tienen ganancia ponderal pero ocasionalmente tienen disfagia si están preocupados o bajo estrés.
- Pacientes con pobres resultados: ocurre en pacientes quienes presentan disfagia 1-2 veces por semana con alimentos secos .
- Pacientes con falla al tratamiento: ocurre en quienes no experimentaron mejoría o empeoraron después del tratamiento.

A través de gráficas y tablas que contengan porcentajes, media y promedios para poder realizar un estudio comparativo del tipo inferencia estadística entre un tratamiento y otro para demostrar la efectividad que cada uno tiene y cual es el mejor en cuanto a la remisión de la sintomatología y mejoría por estudios de gabinete. Así como las gráficas sobre el número de dilataciones que se requirieron.

El método elegido es la "t" de Student, para comparar promedios entre dos grupos.

UNIVERSIDAD  
FALLA DE CALIDAD

## RESULTADOS

Se estudiaron 24 pacientes con diagnóstico de Acalasia en el CMN 20 de Noviembre. Con un rango de edad de 24-80 años con una media de 53 años. De los cuales 12 fueron del sexo femenino (50%) y 12 del sexo masculino (50%).

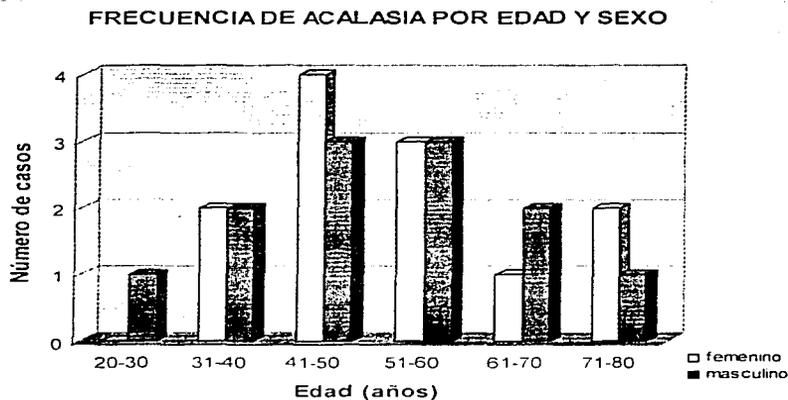


Gráfico 1. Frecuencia de Acalasia por edad y sexo.  
Fuente: Archivo de expedientes del CMN 20 de Noviembre.

RANGO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO
20-30 años	1	0
31-40 años	2	2
41-50 años	3	4
51-60 años	3	3
61-70 años	2	1
71-80 años	1	2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

Tabla 1. Frecuencia de Acalasia por edad y sexo.  
Fuente: Archivo de Expedientes CMN 20 de Noviembre.

Como vemos en la gráfica y tabla de frecuencia por edad y sexo la Acalasia tiene una presentación igual por sexo obteniendo 12 casos y un 50% en ambos sexos. Se obtuvo la mayor frecuencia de presentación en el rango de edad de 41-50 años de edad, con una predisposición en el sexo femenino.

El tiempo de evolución de la Acalasia era de 3 a 10 años . De los datos obtenidos concluimos que el tiempo de evolución tiene una media de 5 años nuevamente con predominio en el sexo femenino.

<b>TIEMPO</b>	<b>SEXO</b>	
<i>EVOLUCION</i>	<i>MASCULINO</i>	<i>FEMENINO</i>
3 años	1	4
4 años	3	1
5 años	1	3
6 años	0	2
7 años	2	1
8 años	3	0
9 años	0	1
10 años.	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

Tabla 2. Tiempo de evolución de Acalasia por sexo.  
Fuente. Archivo de expedientes de CMN 20 de Noviembre.

TESTIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la sintomatología presentada la clasificamos en leve, moderada y severa con base en la limitación a las actividades cotidianas del paciente.

Con ello obtuvimos que la disfagia es uno de los síntomas cardinales de presentación en el 100% de los casos y en un 41.66% es severa e incapacitante, moderada en 37.5% y leve en 20.83% presentándose de manera progresiva en todos los casos y con predominio a la ingesta de sólidos y posteriormente a líquidos.

La DISFAGIA se clasificó como sigue:

CLASIFICACION	MASCULINO	FEMENINO	No..CASOS	PORCENTAJE
Leve	4	1	5	20.83%
Moderada	4	5	9	37.5%
Severa	4	6	10	41.66%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Tabla 3. Presentación de la Disfagia por clasificación, sexo y porcentaje.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

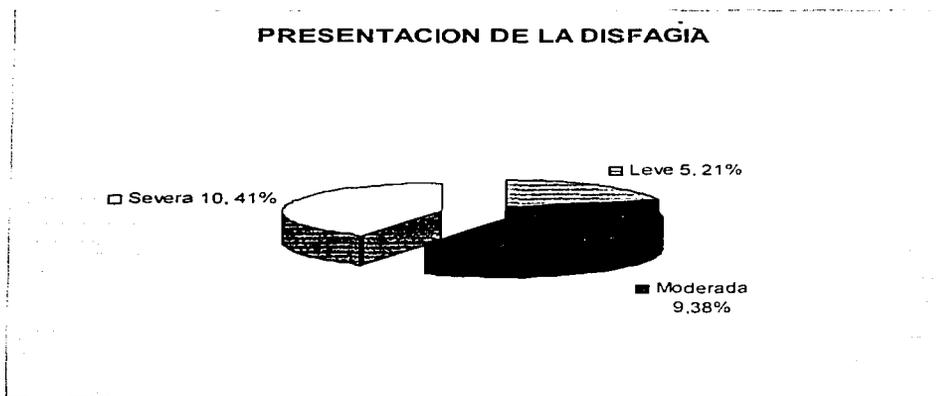


Gráfico 2. Presentación de Disfagia por porcentaje y número de casos.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El otro síntoma que se presentó con mayor frecuencia fue la Regurgitación en el 100% de los casos con una intensidad moderada en 54.16%, seguido de leve en 41.66% y severa en 4.6%.

La REGURGITACION se clasificó como:

CLASIFICACION	MASCULINO	FEMENINO	No. CASOS	PORCENTAJE
Leve	6	4	10	41.66%
Moderada	5	8	13	54.16%
Severa	1	0	1	4.16%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Tabla 4. Presentación de la Regurgitación por clasificación, sexo y porcentaje.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

### PRESENTACION DE LA REGURGITACION

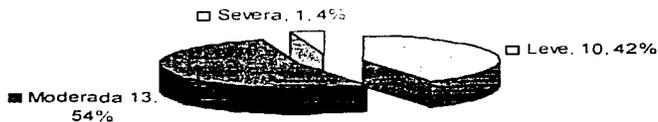


Gráfico 3. Presentación de Regurgitación por porcentaje y número de casos.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El dolor torácico se presentó en 17 casos con una frecuencia de 70.83%, de intensidad leve en el 50% y moderado en 20.83% de los casos en los que se presentó no siendo incapacitante.

El DOLOR TORACICO se clasificó como:

CLASIFICACION	MASCULINO	FEMENINO	No. CASOS	PORCENTAJE
Leve	5	7	12	50%
Moderado	3	3	5	20.83%
Severo	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>70.83%</b>

Tabla 5. Presentación del dolor torácico por clasificación, sexo y porcentaje.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

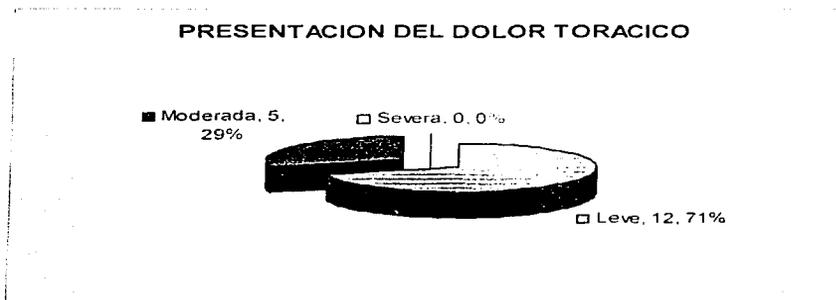


Gráfico 4. Presentación del Dolor torácico por porcentaje y número de casos.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se presentó Halitosis en el 100% de los casos secundaria a la descomposición de los alimentos por retención esofágica predominando la moderada en 51.16% de los casos seguida de la leve en el 45.83% restante.

La HALITOSIS se clasificó como:

CLASIFICACION	MASCULINO	FEMENINO	No. CASOS	PORCENTAJE
Leve	5	6	11	45.83%
Moderada	7	6	13	51.16%
Severa	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Tabla 6. Presentación de Halitosis por clasificación, sexo y porcentaje.  
Fuente: Archivo reexpedientes CMN 20 de Noviembre.

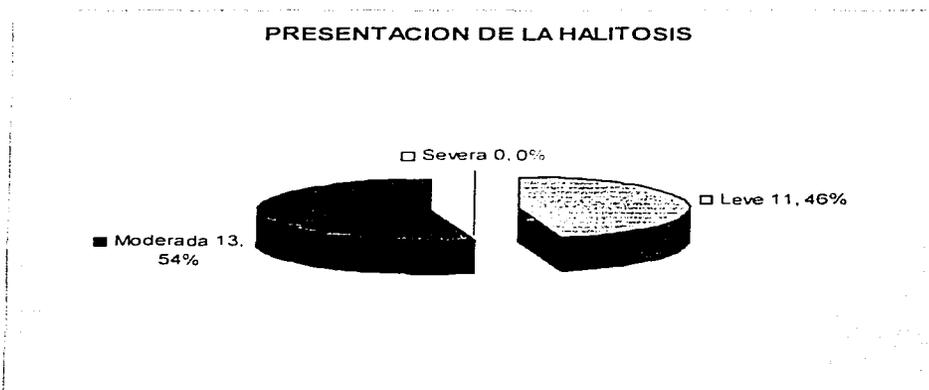


Gráfico 5. Presentación de la Halitosis por porcentaje y número de casos.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

CASOS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el 100% de los pacientes se presentó pérdida de peso, severa en 45.83%, moderada en 37.5% y leve en 16.66%: La clasificamos en leve 5-15kg de pérdida, moderada de 15-25kg y severa mayor de 25kg.

La PERDIDA DE PESO se clasificó como:

CLASIFICACION	MASCULINO	FEMENINO	No. CASOS	PORCENTAJE
Leve	3	1	4	16.66%
Moderada	4	5	9	37.5%
Severa	5	6	11	45.83%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Tabla 7. Presentación de Pérdida de peso por clasificación, sexo y porcentaje.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

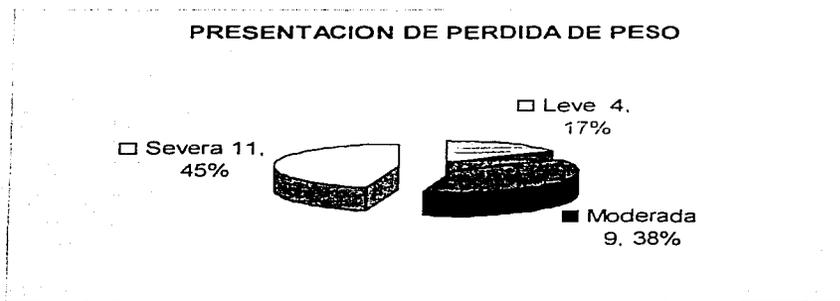


Gráfico 6. Presentación de Pérdida de peso por porcentaje y número de casos.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

CON  
FALLA DE ORIGEN

Para hacer el diagnóstico apoyado de exámenes de gabinete se realizó estudio endoscópico al 100 % de los pacientes en los hallazgos encontramos que existía Esófagitis grado I en 13 (54.16%), Esófagitis grado II en 2 (8.33%) , no se encontró Esófagitis grado III en ningún caso y la Dilatación esofágica con retención de alimentos se evidencio en 9 (37.5%).

En todos los casos se tomó biopsia de la mucosa esofágicas en el tercio inferior reportada negativa a malignidad.

La ENDOSCOPIA que se realizó a los pacientes reportó:

<b>CLASIFICACION</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Grado I	13	54.16%
Grado II	2	8.33%
Grado III	0	0%
Esófago dilatado c/alimento	9	37.5%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Tabla 8. Clasificación por endoscopia, numero de casos y porcentaje.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20de Noviembre.

TESIS CON  
FOLIO DE ORIGEN

Se realizó SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL en el 100 % de los pacientes, con ello clasificamos la dilatación por grados: Grado 1 dilatación del tercio inferior del esófago, Grado 2 dilatación de todo el cuerpo del esófago y Grado 3 esófago sigmoideo.

En todos los casos se observa la imagen en punta de lápiz característica de la Acalasia y el retardo en el vaciamiento esofágico.

CLASIFICACION	No. CASOS	PORCENTAJE
Dilatación grado 1	10	41.66%
Dilatación grado 2	7	29.16%
Dilatación grado 3	7	29.16%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Tabla 9. Por Estudio Contrastado número de casos y porcentaje.  
Fuente: Archivo de expedientes radiológicos CMN 20 de Noviembre.

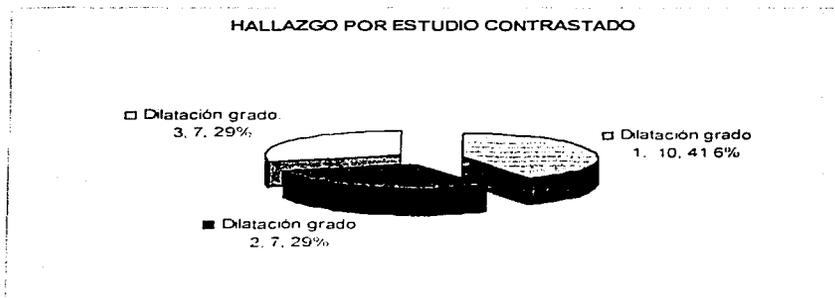


Gráfico 7. Hallazgo por estudio contrastado.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

No se realizó Manometría a todos los pacientes debido a que el estudio es subrogado a otras unidades hospitalarias y a la mayoría de los pacientes tratados entre 1996-1997 no se les autorizó; en uno de los 15 casos en los que se realizó se encontró alteración de la motilidad esofágica.

La MANOMETRIA se realizó a 15 pacientes (62.5% ) y no se realizó en 9 (37.5%) . Entre los hallazgos reportados encontramos los siguientes: relajación incompleta del EEI en 6 (25%), ausencia de peristálsis esofágica en 5 (20.83%), aumento del tono del EEI en 3 (12.5%) y alteración de la motilidad esofágica (presencia de ondas terciarias) en 1 (4.16%).

HALLAZGO	No. CASOS	PORCENTAJE
Relajación incompleta EEI	6	25%
EEI aumentado de tono	3	12.5%
Alt. de la motilidad esofágica	1	4.16%
Ausencia de peristálsis esofágica	5	20.83%
<b>Total.</b>	<b>15</b>	<b>62.5%</b>

Tabla 10. Hallazgos manométricos número de casos y porcentaje.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto al manejo establecido de primera intención y con remisión de la sintomatología ya sea parcial o total se concluyó que fueron manejados únicamente con dilataciones 13 (54.16% ) de los pacientes; únicamente con cirugía 8 (33.33%); con dilataciones como manejo inicial y posteriormente cirugía 2 (8.33%) esto por falla en la remisión de la sintomatología y con cirugía y posteriormente dilataciones solo 1 (4.16%).

En la mayoría de los pacientes manejados con dilataciones (7 casos) se documentó no aceptado el manejo quirúrgico referido por notas de control por en el expediente existente en el servicio de endoscopia de los 6 restantes suponemos que el motivo por el que continúan con dilataciones es la mejoría en cuanto a la sintomatología inicial aunque por periodos cortos de tiempo.

De estos tipos de manejo establecido obtuvimos lo siguiente:

PRIMARIO	SECUNDARIO	PORCENTAJE
Únicamente cirugía	8 casos	33.3%
Únicamente dilatación	13 casos	54.1%
Dilatación primaria y cirugía posterior	2 casos	8.3%
Cirugía primaria y posterior dilatación	1 caso	4.1%
<b>Total</b>	<b>24 casos</b>	<b>100%</b>

Tabla 11. Tipo de manejo establecido en los 24 pacientes.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

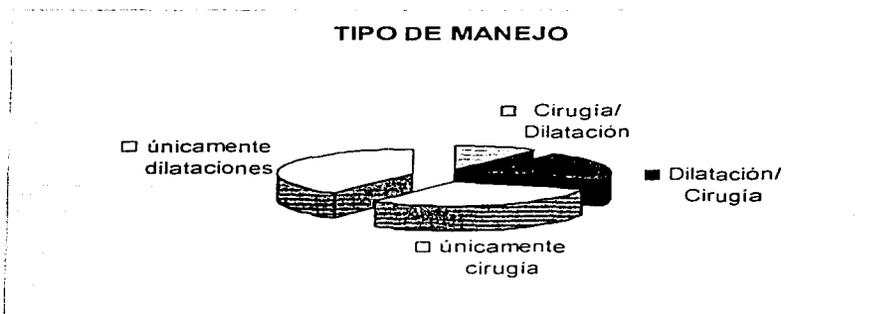


Gráfico 8. Tipo de manejo establecido.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.



En cuanto al manejo con dilataciones concluimos que el número de sesiones es muy variable para remitir la sintomatología ya que hay casos reportados con 50 dilataciones y casos que reportan 2 sesiones únicamente con remisión de la sintomatología obteniendo una media los periodos de dilatación son de 10 sesiones aproximadamente aunque como se comento hay casos en los que solo se requirió de 2 sesiones, estos son de reciente ingreso al protocolo de dilataciones. El paciente que se egreso del programa en esta unidad hospitalaria fue por cambio de domicilio a provincia para continuar en protocolo en otra institución.

Se documentaron 13 pacientes manejados con dilataciones como primera intención; 2 pacientes que fueron manejados inicialmente con dilataciones pero debido a persistencia de la sintomatología fueron candidatos a cirugía y 1 caso de un paciente manejado inicialmente con cirugía que requirió posteriormente dilataciones.

Entre los síntomas actuales persistió la disfagia leve en 4 casos (30.7%) manejada con tratamiento médico con procinéticos y bloqueadores de bomba de protones con remisión parcial; en 2 (6.66%) casos se presentó disfagia moderada debido a lo cual requirieron manejo quirúrgico y 7 (53.84%) permanecen asintomático, en ellos los periodos de remisión de la sintomatología son cortos con promedio de 1 a 2 meses requiriendo nuevamente de dilataciones.

No reportaron complicaciones durante el procedimiento en ningún caso.

No. sesiones	Tiempo de citas	Años en programa	Síntoma actual	Complicaciones
18	1 mes	4 años	Disfagia *	Ninguna
14 sesiones	2 meses	6 años	Disfagia*	Ninguna
50 Sesiones	2 meses	7 años	Disfagia*	Ninguna
2 Sesiones	1 mes	3 años	Asintomático	Ninguna
2 Sesiones	2 meses	3 años	Asintomático	Ninguna
20 Sesiones	1 mes	4 años	Disfagia**	Ninguna
16 Sesiones	1 mes	3 años	Disfagia**	Ninguna
14 Sesiones	6 meses	3 años	Asintomático	Ninguna
9 Sesiones	4 meses	3 años	Asintomático	Ninguna
4 Sesiones	c/ año	4 años	Asintomático	Ninguna
13 Sesiones	3 meses	4 años	Disfagia*	Ninguna
11 Sesiones	2 meses	3 años	Asintomático	Ninguna
4 Sesiones	Alta	3 años	Asintomático	ninguna

Tabla 12. Resultados de los pacientes sometidos a dilataciones  
Disfagia\*= Disfagia Leve

Disfagia\*\*= Disfagia moderada

Fuente: Archivo de expedientes en el Servicio de Endoscopia CMN 20 de Noviembre



Se realizó cirugía en 11 pacientes 8 fueron de primera elección y como único tratamiento (6 de ellos por cirugía abierta y 2 por laparoscopia). Otros 2 fueron inicialmente manejados con dilataciones y debido a falla en la remisión de la sintomatología se decidió cirugía por vía laparoscópica con procedimiento antirreflujo obteniendo buenos resultados. Y por ultimo se presentó 1 caso de uno de los pacientes manejado por cirugía abierta que requirió dilataciones posteriores por persistencia de la disfagia.

Respecto al manejo quirúrgico se obtuvo que de 1996 a 1998 el tipo de cirugía mas realizado fue la Abierta en 7 casos (66.63%). A 5 de estos pacientes no les fue realizado procedimiento antirreflujo, 1 presentó regurgitación secundaria ocasional manejada con tratamiento médico con procinéticos y bloqueadores de bomba de protones con remisión no haciendo necesaria una nueva intervención quirúrgica; 1 presentó disfagia moderada resuelta con dilataciones esofágicas suponemos que la causa fue una estenosis de la zona de la miotomía; los 3 restantes de este grupo se reportan asintomático en las notas de evolución del expediente.

A los otros 2 de los 7 pacientes manejados con cirugía abierta si se le realizó Funduplicatura utilizando la tipo Dor; ambos pacientes con remisión de la sintomatología inicial según notas de evolución.

La cirugía laparoscópica para Acalasia se inicia en 1999 en esta institución y se realizó en 4 casos (36.36%), a todos se les realizó procedimiento antirreflujo mediante funduplicatura tipo Toupet; de ellos 2 fueron intervenidos como tratamiento de primera elección y los otros 2 posterior a dilataciones fallidas, todos cursaron sin complicaciones, presentando remisión total de la sintomatología prequirúrgica manifestado en las notas del expediente clínico.

El seguimiento es a 2 años posteriores a la cirugía en control por la consulta externa y egreso si no hay sintomatología.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CIRUGIA ABIERTA	CIRUGIA LAPAROSCOPICA	FUNDUPLICATURA DOR	FUNDUPLICATURA TOUPET	SINTOMA ACTUAL
1		1		Asintomático
1				Regurgitación*
1		1		Asintomático
1				Disfagia**
1				Asintomático
1				Asintomático
1				Asintomático
	1		1	Asintomático
	1		1	Asintomático
	1		1	Asintomático
	1		1	Asintomático
<b>7</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>Total</b>

Tabla 13. Resultados de los pacientes sometidos a cirugía.

Regurgitación\*= Regurgitación leve.

Disfagia\*\*= Disfagia moderada.

Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre.

TEMA CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto al tipo de sondas utilizadas para el protocolo de dilatación y calibre de las mismas obtuvimos que la sonda de Hurst (de caucho con relleno de mercurio) es la mas utilizada en el servicio de endoscopia y el calibre utilizado con mayor frecuencia es 50 Fr. En 8 casos, seguida de 54 Fr. utilizada en 3 casos, y 58 Fr. en 1 caso, la sonda de Malloney se utilizó en 1999 y según los reportes del archivo solo en algunos casos, el resultado que se enumera en la tabla es la sonda mas utilizada en cada paciente durante el protocolo pero hay casos en donde se utilizaron alternas.

El calibre se aumentaba en algunos casos en citas subsecuentes aunque solo en un mínimo porcentaje ya que requerían nueva dilatación iniciando con el calibre inferior al utilizado en la dilatación pasada y casi en todos los casos permanecían en el de 50 Fr.

La dilatación se realizó por técnica convencional con anestesia tópica, sin complicaciones.

<b>CALIBRE</b>	<b>SONDA DE HURST</b>	<b>SONDA DE MALLONEY</b>
48 Fr.	0	0
50 Fr.	8	1
54 Fr.	3	0
58 Fr.	1	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>1</b>

Tabla 14. Tipo de sondas y calibre mas utilizado.  
Fuente: Archivo reexpedientes en el Servicio de Endoscopia CMN 20 de Noviembre.

TESIS CON  
FALLA DE CIEBEN

Los resultados comparativos con base en lo obtenido por las cédulas de recolección sobre la eficacia de ambos tipos de tratamiento se clasificaron de acuerdo a lo propuesto para el análisis de datos como sigue:

- Pacientes con excelentes resultados: fueron esencialmente asintomático tienen ganancia ponderal y retornaron a sus actividades normales.
- Pacientes con buen resultado: consiguieron mejoría, tienen ganancia ponderal pero ocasionalmente tienen disfagia si están preocupados o bajo estrés.
- Pacientes con pobres resultados: ocurre en quienes presentan disfagia 1-2 veces por semana con alimentos secos .
- Pacientes con falla al tratamiento: ocurre en quienes no experimentaron mejoría o empeoraron después del tratamiento

<b>RESULTADOS</b>	<b>CIRUGIA ABIERTA</b>	<b>CIRUGIA LAPAROSCOPICA</b>	<b>ENDOSCOPIA</b>
Excelente	5	4	7
Bueno	1	0	4
Pobre	1	0	0
Falla	0	0	2
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>13</b>

Tabla 15. Resultados generales con base a la clasificación propuesta.  
Fuente: Archivo de expedientes CMN 20 de Noviembre

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **DISCUSIÓN**

La Acalasia es una patología poco frecuente, de etiología aún no definida, que se caracteriza por una alteración primaria de la motilidad esofágica existiendo una pérdida progresiva del peristaltismo secundaria a dilatación del cuerpo del esófago y una alteración funcional del esfínter esofágico inferior, que no permiten el vaciamiento adecuado del bolo alimentario.

No existe un tratamiento específico para restablecer la función normal del esfínter esofágico, y solo es posible aliviar la obstrucción que causa su daño funcional, para lo cual existen diversos tratamientos tales como inyección de toxina botulínica (no utilizada en nuestro hospital) y los tradicionales como manejo endoscópico con dilataciones forzadas con una tasa de resultados poco satisfactorios sobre todo a largo plazo; y el quirúrgico con la cardiomiectomía de Héller abierta o laparoscópica con un alto índice de efectividad en la remisión de la sintomatología acompañada de procedimiento antirreflujo.

El éxito del tratamiento ya sea endoscópico o quirúrgico depende en su mayoría de la evaluación diagnóstica del paciente y del tiempo de evolución de la patología ya que los pacientes que presentan dilatación esofágica importante requieren de largos periodos de dilatación que remiten la sintomatología por periodos cortos de tiempo, y pudieran ser buenos candidatos a la cirugía.

La evaluación del éxito en el tratamiento de la Acalasia debe combinar el análisis de la morbimortalidad, la satisfacción del enfermo, el resultado funcional, la ganancia ponderal y la eficacia a largo plazo. Los resultados de las diferentes alternativas terapéuticas empleadas para la Acalasia son difíciles de evaluar debido a que hacen falta controles posteriores al tratamiento aunque los parámetros subjetivos en cuanto a la sintomatología y objetivos como la ganancia ponderal son muy útiles.

Hace falta mayor promoción al tratamiento quirúrgico ya que la mayoría de los pacientes se someten a dilataciones por temor al tiempo de hospitalización y a los resultados posteriores a la cirugía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

En comparación con la casuística obtenida en otros países quizás nuestra muestra pudiera parecer pequeña pero dada la incidencia de presentación de la Acalasia tiene repercusión en la morbimortalidad de la población.

Observamos acorde con la bibliografía que el rango de presentación mayor es en el rango de 41-50 años con predominio en el sexo femenino; el tiempo de evolución estimado es de 5 años en promedio, la sintomatología es incapacitante en la mayoría de los casos y la pérdida de peso es severa con mas de 25kg desde el inicio de la sintomatología.

A todos los pacientes se les realizó estudio endoscópico preoperatorio reportando Esofagitis grado I y Esófago dilatado con restos alimentarios en la mayoría de los casos .En la SEG D se evidenció dilatación esofágica grado 1, 2 y 3 . La manometría no fue realizada en todos los casos solo en 15 de ellos ya que en el periodo de 1996-1997 no se autorizaban manometrías por ser subrogadas a otros hospitales.

En cuanto al tratamiento de primera elección el manejo endoscópico es utilizado con mayor frecuencia esto es, según reporte en notas decidido por mejoría parcial a la sintomatología de inicio y a que este procedimiento no requiere hospitalización.

Dichas dilataciones se realizan por periodos largos, desde 50 a 2 sesiones, con un promedio de 10 para obtener mejoría de la sintomatología inicial. Entre la sintomatología persisten la disfagia leve manejada médicamente y en algunos casos es necesario recurrir a la cirugía por falla en el tratamiento sin implicaciones de mayor riesgo que los pacientes que no hay sido dilatados.

El tratamiento quirúrgico se realizo en la mayoría de los casos de primera elección, mediante cirugía abierta sin procedimiento antirreflujo durante los 2 primeros años de experiencia quirúrgica en el manejo de Acalasia en este hospital; de estos pacientes en un caso se presentó como complicación reflujo remitido con tratamiento médico y disfagia moderada en otro manejado con dilataciones. Posteriormente se utilizó la Funduplicatura Dor en cirugía abierta esto en 1997 sin complicaciones.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Desde 1998 se está realizando cirugía laparoscópica y Funduplicatura Toupet como manejo establecido para Acalasia los pacientes intervenidos de esta manera presentaron resultados excelentes en el 100% de los casos

Se tienen algunas indicaciones establecidas para cirugía por Acalasia estas son: Acalasia en niños, esófago largo y dilatado, Acalasia asociada con otras enfermedades esofágicas, complicaciones pulmonares o respiratorias de la Acalasia, fallas en la dilatación y casos en los que el carcinoma no puede ser descartado con seguridad.

Como se comenta en un inicio la controversia principal es si la dilatación forzada o la cirugía serían los métodos de tratamiento ideales, en nuestra casuística nosotros apoyamos el manejo quirúrgico ya que como observamos con las dilataciones el inconveniente principal es que son repetidas incluso de por vida remitiendo la disfagia por periodos cortos.

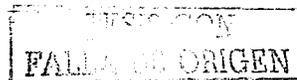
El manejo quirúrgico tiene un porcentaje de éxito grande con la cardiomiomía de Héller con procedimiento antirreflujo, con un índice de remisión de la sintomatología en un 99% de los casos y actualmente mediante laparoscopia obteniendo mayores ventajas con respecto a la cirugía abierta por lo que es suficientemente exitosa como para competir con la dilatación como el tratamiento inicial aunque existe un porcentaje menor de pacientes que han sido sometidos a ella, los resultados a largo plazo son mejores.

La recurrencia de los síntomas después de miotomía es relacionada con miotomías incompletas, o estenosis del sitio distal de la miotomía mas que con la Funduplicatura realizada esto puede ser tratado con dilataciones después de la cirugía para no someter nuevamente al paciente a un segundo procedimiento. Aunque como se observó esta se presentó en cirugía abierta y en los inicios del manejo de pacientes con Acalasia en este hospital relacionado quizás con la curva de aprendizaje.

Actualmente hay mayor experiencia en el tratamiento y se utiliza cirugía mínimamente invasiva con procedimiento antirreflujo Funduplicatura Toupet con excelentes resultados esta técnica se utiliza ya que es adecuada para prevenir el reflujo sin influir en el vaciamiento esofágico y técnicamente fácil de realizar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFIA

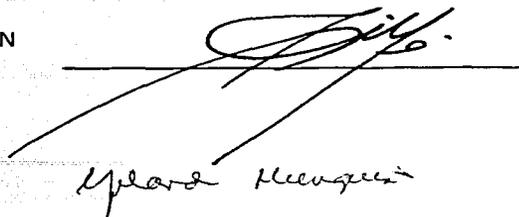


- 1.- Maingot, Operaciones abdominales, Tomo I, 10ª. Edición, Panamericana 2000, pp. 871-786.
- 2.- Nyhus, El dominio de la cirugía, Tomo I, 3ª. Edición, Panamericana, 1997 Capítulo 58, pp.785-791.
- 3.- Cesar Gutierrez Samperio, Fisiopatología Quirúrgica del aparato digestivo, 2ª. Edición, Manual moderno, 1996, pp.99-109.
- 4.- Neurogen Disturbance Achalasia. Surgery of the esophagus, 1974.
- 5.-John R. Goldblum, et all. Histopatologic Features in Esophagomyotomy Specimens for patients with Achalasia. Gastroenterology, 1996; 111:648-654.
- 6.- Vito Annese, et all. Controlled Trial of Botulium Toxin Injection Versus Placebo and Pneumatic Dilatation in Achalasia. Gastroenterology, 1996;111\_1418-1424.
- 7.- Zaninotto G. Costantini M. et all, Etiology, diagnosis, and treatment of failures after laparoscopic Heller myotomy for Achalasia .Annals of Surgery. 235(2):186-192. 2002, February.
- 8.- Diener U. et all. Laparoscopic Heller myotomy relieves dysphagia inpatients with Achalasia and low LES pressure following pneumatic dilatation. Surgical Endoscopy, 15(7):687-690, 2001 July.
- 9.-Bove A. et all. Surgical controversies in the treatment of recurrent Achalasia of the esophagus., Hepato-Gastroenterology, 48(39):715, 2001 May-Jun.
- 10.-De Palma GD. Et all. Self-expanding metal stents for endoscope treatment or esophageal Achalasia unresponsive to conventional treatments. Long-term results in eight patients. Endoscopy, 33(12): 1027-1030, 2001 Dec.
- 11.-Becker K. et all. Effect of balloon compliance on symptomatic success of pneumatic dilation in Achalasia patients. Zeitschrift fur Gastroenterology, 39(10):831-836, 2001 Oct.
- 12.- Sheen YY. Et all. Using radionuclide esophageal emptying test to evaluate pneumatic dilatation effects for Achalasia Hepatogastroenterology 48(49) 1061-1063, 2001 Jul-Aug.
- 13.-Beckingham IJ. Et all .Laparoscopic cardiomyotomy for Achalasia after failed balloon dilatation. Surgical Endoscopy, 13(5):493-496, 1999 May.
- 14.- Mukherjee S. et all. Expandible metal stents in Achalasia—is there a role? American Journal of Gastroenterology 95(9):285-288, 2000 Sept.
- 15.- Bonavina L. et all. Does previous endoscopy treatment affect the outcome of laparoscopic Heller myotomy?. Annales de Chirurgie. 125(1), 645-49, 2000 Jan.
- 16.- Rajput S. et all. Predictors of response to pneumatic dilatation in Achalasia cardia. Indian Journal of Gastroenterology, 19(3):126-129, 2002 Jul-Sep.

- 17.- Cosentini, Enrico MD. Et all. Achalasia: results of myotomy and antireflux operation after failed dilatations American Medical Association, 132829, pp.143-147, Feb. 1997
- 18.- Patti, Marco G. et all. Laparoscopic Heller myotomy and Dor funduplication for Achalasia: Analysis of successes and failures. Journal Surgery 136(8):870-877, August. 2001.
- 19.- Pechlivanides, George MD. et all. Laparoscopic Heller cardiomyotomy and Dor funduplication esophageal Achalasia American Medical Association 136(11), pp.1240-1243, Nov. 2001.
- 20.- Casella R.R Ellis, et all. Fine-structure changes in Achalasia of the esophageus I. vagus nerves. Am J. Pathol., 46\_279 1965.
- 21.- Paul H. Jordan, MD. Et all. Long-term results of esophageal myotomy for Achalasia. American College of Surgeons Vol. 193 no.2 August 2001, pp.137-145.
- 22.- Anselmino, Marco MD. Et all. Heller myotomy is superior to dilatation for the treatment of early Achalasia American medical association 132(3) March 1997, pp.233-240.
- 23.-Finley, Richard J.MD et all. Laparoscopic Heller myotomy improves esophageal emptying and the symptoms of Achalasia. Americas medical association 136(8) august 2001, pp.892-896.
- 24.- Ben-Meir, Aviv MD, et all, Quality of life before and after laparoscopic Heller myotomy for achalasia American Journal of Surgery 181(5) May 2001 pp.471-474.
- 25.- Vogt, Diana MD. Et all. Successful treatment of esophageal Achalasia with laparoscopic Heller myotomy and toupet funduplication American Journal of surgery 74(6) Dec. 1997 pp.709-714.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

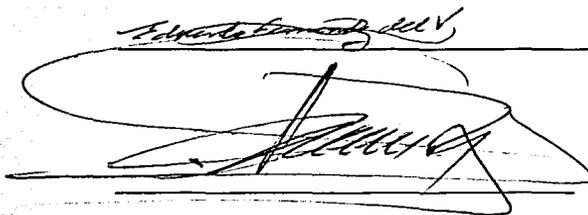
DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ  
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
CMN 20 DE NOVIEMBRE



Yolanda Munguia

DRA. YOLANDA MUNGUÍA  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL  
AREA QUIRURGICA

DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
DE CIRUGIA GENERAL



DR. DANIEL ANGELINO DE LEON LOPEZ  
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
ASESOR DE TESIS

DRA. MONICA DE LOS SANTOS CANO  
RESIDENTE DE 4º. AÑO  
CIRUGIA GENERAL



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CONTESTANDO OFICIO: JEICC/495/2002  
ASUNTO: REVISION DE TESIS.

México, D. F. a 28 de octubre del 2002

DRA. YOLANDA MUNGUA FAJARDO  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
DE LA COORDINACION DE CIRUGIA DEL  
C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"

REVISION  
FALLA DE ORIGEN

Por medio de este conducto me permito informar a Ud. que he —  
revisado la tesis de posgrado "ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA EN EL MANEJO  
QUIRURGICO DE ACALASIA COMPARADO CON EL MANEJO ENDOSCOPICO CON DILA—  
TACIONES ESOFAGICAS EN EL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE", EN EL PERIODO DE/  
ENERO DE 1996 A MAYO DE 2002", de la Dra. MONICA PAULA DE LOS SANTOS-  
CANO, médico residente del Servicio de CIRUGIA GENERAL.

Se encuentra una falta de ortografía en la introduccion dice -  
innervación en lugar de inervación.

Por otra parte me parece una excelente tesis, ya que nos indica -  
con claridad porque un procedimiento es superior a otro.

La calificación de la tesis es de 10 (diez).

A T E N T A M E N T E

~~Dr. Héctor Isaías Cortés~~  
médico adscrito al Servicio  
de Oftalmología del C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"

c.c.p. Dr. Eduardo Echeverría Álvarez. Coordinador de Cirugía