

11209
70
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional
"Manuel Avila Camacho"

FACULTAD
DE MEDICINA

ABR/77
SECRETARÍA DE SERVICIOS
ESCUELA DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
MCMNS

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ACALASIA;
COMPARACION DE RESULTADOS ENTRE LAS
TECNICAS HELLER NISSEN Y HELLER TOUPET"**

T E S I S

Que para obtener el Grado de Especialista en:

CIRUGIA GENERAL

Presenta:

Dr. Juan Carlos Martínez Rivera

Asesor: Dr. Arturo Galicia Rodríguez



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PUEBLA, PUE.

1994





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
C.M.N. "M.A.C." PUEBIA



JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN

Dr. Juan Larrauri Rodríguez
Jefe de División Enseñanza
e Investigación

DEDICATORIAS

A mis padres.

Por su apoyo constante y ejemplo de superación.

A mi esposa.

Por su ayuda y comprensión.

A mi hija Susy.

Por ser el más grande estímulo para mi superación constante.

A G R A D E C I M I E N T O S

A LOS DRES. ARTURO GALICIA RODRIGUEZ Y RICARDO MARTINEZ CAP-
VAJAL, POR SU ESTRECHA COLABORACION Y APOYO CONTINUO EN LA
ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

A MIS MAESTROS POR LA CONTRIBUCION EN LA FORMACION DE MI CA-
RRERA PROFESIONAL.

I N D I C E

	Pág.
Titulo	1
Agradecimientos	2
Antecedentes Científicos	3
Técnica Quirúrgica . . . Heller Toupet	6
Técnica Quirúrgica . . . Heller Nissen	7
Justificación	8
Objetivos	9
Material y Métodos	10
Resultados	11
Gráficas	14
Discusión	31
Conclusiones	33
Anexo	34
Bibliografía	35

'' TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ACALASIA: COMPARACION DE RESULTADOS ENTRE LAS TECNICAS HELLER-NISSEN Y HELLER-TOUPET. ''

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La cirugía moderna de la acalasia esofágica tuvo origen en 1901 con Geottstein. Las ideas de este autor fueron evaluadas el 14 de abril de 1913 cuando Ernest Heller realizó una doble cardiomiectomía en un paciente con acalasia de larga evolución (1). Esta cardiomiectomía extramucosa con algunas modificaciones en el procedimiento quirúrgico preferido para la acalasia en la mayor parte del mundo, en 1918 esta técnica es modificada por Groeneveld Debrunne (2). quien limitó el procedimiento a una miotomía libre anterior. No fue hasta 40 años después de la publicación original de Heller y en base a las investigaciones de Barret y Franklin (3), en Inglaterra y Ripley (4), (5) en Norteamérica que la esofagomiectomía fue introducida en Estados Unidos. Heller (6) señalaba el abordaje abdominal para la porción inferior del esófago y tenía la precaución de seccionar todas las fibras musculares del esfínter esofágico inferior (E.E.I.) y que incisión debe ser limitada a la parte distal del esófago y no extenderse dentro del estómago, asimismo, la miotomía fue descrita como una extensión a 8 cm. en dirección proximal a la unión esofagogastrica hacia la porción dilatada del esófago, de este modo lo que describe Heller es esencialmente una esofagomiectomía y no una esofagogastromiectomía (7).

Quando se realiza una esofagomiectomía de acuerdo a los principios delineados, las complicaciones por reflujo gastroesofágico son extremadamente raras (8), y el alivio substancial de los síntomas esofágicos obstructivos a largo tiempo son observados en 90% de pacientes tratados quirúrgicamente (8, 9, 10, y 11) La limitación de la miotomía al esófago y su extensión a unos pocos milímetros dentro del estómago destruye la porción suprahiatal de la zona de alta presión asociada con el esfínter esofágico inferior, mientras se retiene un vestigio de la barrera de presión infrahiatal (10, 11 y 12). La extensión del procedimiento por 2 cm. dentro del estómago destruye completamente la zona de alta presión con una incidencia del 100% de reflujo posoperatorio (13 y 14). El tratamiento quirúrgico se ha usado con éxito en el tratamiento de la acalasia por décadas.

la esofagomiotomia destruye el mecanismo del E.E.I. y provee un substancial alivio de la disfagia, los resultados tempranos reportados entre 1980 y 1990 muestran rangos de éxito de un 89%, con un rango de mortalidad menor del 1% y la necesidad de reoperación menor del 3%; estos resultados incluyen tanto cardiomiotomia de Heller sola ó acompañada de un mecanismo antirreflujo (15 y 16).

Un número de controversias han surgido a la necesidad de adicionar o no, un mecanismo antirreflujo (10, 11, 17 y 18). Muchos cirujanos indican que la adición de un mecanismo antirreflujo es clara y necesaria (19 y 20). Su razonamiento es de que la técnica debe llevar una miotomia exacta y sin extenderse al estómago resulta en una dificultad y si es llevarla inadecuadamente puede resultar en reflujo gastroesofágico y disfagia, observandose la primera complicación en un 50 a 100% de pacientes sometidos a cardiomiotomia (14 y 18). El objeto de esta última es aliviar la disfagia, una miotomia completa extendida al estómago es realizada para llevar a cabo este fin. Este grado de miotomia interrumpe el mecanismo antirreflujo normal del hiato; e incluso en pacientes con cardiomiotomia limitada sin procedimiento antirreflujo adicional, los estudios de manometría y pH-metría revelan un verdadero reflujo gastroesofágico a sintomático. La disminución del tono del e.e.i. (presión entre 15 y 30 mm de Hg) favorece el reflujo. De lo anterior se desprende la necesidad de agregar un mecanismo antirreflujo (17, 18, 21 y 22). Hay fuertes argumentos que favorecen el procedimiento antirreflujo parcial como parte del procedimiento original.

Si el reflujo se desarrolló en un esófago aperistáltico es claro que el tiempo de contacto es mucho mayor y la estenosis es más frecuente y si es requerida una segunda operación la disección es más difícil y el riesgo de perforación es mayor (23).

Una incidencia definitiva de esofagitis y estenosis se han observado después de la operación de Heller, diferentes tipos de mecanismo antirreflujo se han combinado con esta operación para prevenir el reflujo gastroesofágico.

Sin embargo existen argumentos acerca del tipo de mecanismo que enfrentará un esófago pobremente funcionante para permitir un adecuado tránsito a través de la zona del esfínter evitando reflujos y los potenciales peligros de los síntomas obstructivos. Estudios comparativos han surgido para evaluar cuál de los diferentes mecanismos anti-reflujo deben acompañar a la miotomía de Heller, no llegando actualmente a la elección de un procedimiento estándar en el manejo de la acalasia. Dentro de los mecanismos anti-reflujo que mejores resultados han dado se encuentran Heller-Belsey, Heller-Toupet y Heller-Nissen.

La intención de realizar la miotomía de Heller con una funduplicación parcial (Toupet) es la de evitar por un lado el problema de reflujos y estenosis, por el otro, el riesgo de disfagia secundaria a la funduplicación de 360g (Nissen).

La comparación entre la técnica de Toupet y la de Nissen (sin cardiomiotomía de Heller) revelan excelentes y buenos resultados en el 95 y 67% respectivamente, esta gran diferencia es sorprendente, especialmente porque ambos procedimientos son efectivos en la reducción de la esofagitis con un 91% de mejoría para el grupo Nissen y 89% para el grupo con Toupet.

La presencia de estenosis y esófago de Barrett se ha observado con una frecuencia ligeramente mayor en el grupo de Toupet, que en el de Nissen; hasta el 33% de los pacientes sometidos a esta técnica, presentan disfagia tanto para líquidos como para sólidos; esto es principalmente en pacientes quienes desarrollan una de las complicaciones relacionadas al procedimiento de Nissen: "Un Nissen apretado", así como otras complicaciones a las que se les han denominado síndrome postnissen. La diferencia de resultados entre las técnicas de Nissen y Toupet se han dado principalmente por la experiencia de los cirujanos en una u otra técnica la cual manejan mejor.

TECNICA QUIRURGICA

(HELLER - TOUPET)

Ella es realizada por via abdominal con una incision mediana supraumbilical, sin resección del Apéndice hífoides, pero continuando a la demanda subumbilical. Despues de una minuciosa exploración del abdomen, se realiza sección del ligamento triangular izquierdo y desplazamiento de la lengüeta hepática hacia la derecha, sección de la parte concava del espión gastroesfágico y de la membrana frenoesofágica, disección de los pilares del hiato esfágico en toda su extensión y de la porción inferior del esófago que debe ser completa pasando por el peroneo por su cara posterior para tracción, identificación de los nervios vagos, se efectuó una pequeña gastrotomía y se introduce una sonda Foley de calibre 12 a 14 con globo de 30 c.c de solución fisiológica y se tracciona suavemente, iniciándose la sección de la fibras musculares longitudinales y circulares del esófago bajo control estricto de la vista para evitar la lesión de la mucosa esofágica hasta llegar a las cardias, se continúa la sección 1.5 a 2 cm. en las fibras musculares de la pared gástrica la esofagocardiomiectomia debe tener de 8 a 10 cm. de longitud, no debe quedar ninguna fibra muscular, se cierra la gastrotomía y los pilares del hiato. Se inicia la confección del mecanismo antirreflujo, la esófago-gastroplastia con frenogastrocnixia de Andre Toupet. Se inicia la liberación del fundus gástrico el cual se pasa por atrás del esófago y se coloca el primer punto superior que toma el borde derecho de la cardiomiectomia la pared gástrica y el pilar derecho despues se sutura el mismo borde derecho con la pared gástrica con puntos separados, todos se refieren y se traccionan hacia la izquierda, para colocar los puntos posteriores de la pared gástrica a los pilares del hiato, el último al ligamento arqueado de la aorta, se principia la fijación del lado izquierdo con el primer punto superior que toma el borde izquierdo de la cardiomiectomia la pared gástrica y el pilar izquierdo del hiato se coloca 5 a 6 puntos del mismo borde a la pared gástrica terminándose este tiempo.

TECNICA QUIRURGICA

(HELLER NISSEN)

Al igual que la anterior, se realizan los mismos pasos de la cardiomiectomia de Heller, difiriendo de la adición de mecanismo antirreflujo el cual se inicia con la liberación del fundus gástrico junto con el tercio proximal de la curvatura menor ligando y seccionando los vasos gástricos cortos. Esta maniobra permite separar el bazo y que éste caiga hacia atrás debajo de la cúpula diafragmática izquierda. Luego se desliza el fundus por detrás del esófago de manera que forme una especie de collar al rededor de éste. Se insertan una serie de puntos atraumáticos 2-0 cada uno de los cuales debe tomar el fundus en el lado izquierdo del esófago un poco de músculo de la pared esofágica anterior y el fundus en el lado derecho.

Habitualmente para lograr una Plicatura total de 3 a 4 cm. a lo largo del esófago son necesarios cuatro de esos puntos. Luego con 2 ó 3 puntos adicionales, se une el collar fúndico al cardias para evitar un deslizamiento.

JUSTIFICACION

En el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional " MANUEL AVILA CAMACHO " se ha venido utilizando la cardiomiectomía de Heller con la adición de un mecanismo antirreflujo, Toupet o Nissen, en el tratamiento quirúrgico de la acalasia.

En la experiencia de este hospital aún no se han evaluado los resultados obtenidos con uno u otro mecanismo antirreflujo en el tratamiento de dicha patología. Y por lo mismo, cuál de los dos resulta el mejor acompañante de la cardiomiectomía de Heller.

OBJETIVOS

GENERAL :

Comparar los resultados clínicos de los mecanismos antirreflujo Toupet y Nissen, acompañando a la cardiomiectomía modificada de Heller en el tratamiento quirúrgico de la acalasia.

ESPECIFICOS :

Comparar la frecuencia de reflujo gastroesofágico en pacientes sometidos a cardiomiectomía modificada de Heller Nissen y Heller Toupet en el tratamiento quirúrgico de la acalasia.

Comparar la frecuencia de disfagia en pacientes sometidos a cardiomiectomía modificada de Heller Nissen y Heller Toupet en el tratamiento quirúrgico de la acalasia.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 26 pacientes a quienes se les realizó cardiomiectomía de Heller - Nissen (12 pacientes) y Heller - Toupet (14 pacientes), en un periodo comprendido del 1o. de enero de 1986 al 31 de diciembre de 1990 en el Hospital de Especialidades C.M.N. " Manuel Avila Camacho ".

A todos los pacientes se les aplicó un cuestionario diseñado especialmente para este estudio. posterior a esto. se les realizó endoscopia gastrointestinal alta, así como toma de biopsia, la comparación de resultados se realizó mediante gráficas.

RESULTADOS

De los 26 pacientes estudiados, a 14 se les realizó cardiomiectomía de Heller, adicionando el mecanismo antirreflujo Toupet (H+T), y 12 se sometieron a la técnica de Heller Nissen (H+N), la distribución por sexo fue 4 (33%) hombres y 8 (57.1%) mujeres para el segundo grupo; y para el primero 5 (35%) hombres y 9 (65%) mujeres. El rango de edad varió de 16 hasta 71 años, la operación de Heller Toupet se realizó a pacientes entre la tercera y cuarta década de la vida (50%) predominando en este grupo, en cambio el procedimiento de Heller Nissen se realizó en la séptima década de la vida en 5 pacientes (41.6%) y en la cuarta y quinta década de la vida por igual haciendo un total de 6 pacientes (50%). Gráfica 2.

La sintomatología preoperatoria en ambos grupos fue la disfagia en un 100%, regurgitaciones en 9 pacientes (57.1%) del grupo Heller Toupet y en 6 pacientes (50%) del grupo de Heller Nissen, la disminución de peso sólo se presentó en 4 pacientes (28.5%) de Heller Toupet y el 16% de Heller Nissen, Gráfica 3.

En ambos grupos se observaron cambios (tolerancia adecuada a la ingesta de alimentos) al iniciar la vida oral, pudiendo tolerar ésta. Gráfica 4.

la sintomatología disminuyó totalmente en 10 pacientes (71.4%) de los sometidos a H+T y en 6 (50%) de los sometidos a H+N; moderadamente en el 28.5% y 33.3% respectivamente, sólo el 16.6% de los pacientes refirió una disminución mínima de la sintomatología en el grupo H+N.

Actualmente, el 92.8% de los pacientes con procedimiento H+T se encuentra con tolerancia adecuada de una dieta normal en comparación con el 66.6% de los pacientes sometidos a H+N (Gráfica 6). La causa de intolerancia a la dieta normal tanto en pacientes con H+N (33.3%) y H+T (7.1%) fue la disfagia (Gráfica 7). En cuanto a las molestias (sintomatología) actuales el 33.3% de los pacientes para H+N y el 42.8% para H+T referían molestias, entre la sintomatología más frecuente para H+N fué

sintomatología más frecuente para H+N fué disfagia (33.3%), plenitud posprandial en el 25% y regurgitaciones en el 8.3%, en cambio en los pacientes sometidos a H+T predominó la pirosis 28.5%, regurgitaciones en el 35.7% y disfagia en el 7.1% (Gráfica 9).

13 pacientes (92.8%) sometidos a H+T refirieron beneficio de la cirugía y 10 pacientes (53.3%) sometidos a H+N (Gráfica 10). El diagnóstico endoscópico de acalasia se hizo en el 100% de ambos grupos, así como hernia hiatal en un paciente del grupo H+N y esofagitis en un paciente del grupo H+T (Gráfica 11). El control endoscópico posoperatorio reveló funduplicatura insuficiente en el 21.4% del H+T, la presencia de esofagitis estadio I se observó en 42.8% de los pacientes con H+T y sólo en el 8.3% en H+N, 1 paciente del grupo H+T presentó esofagitis estadio IV (estenosis péptica).

La funduplicatura fué adecuada en el 100% de los pacientes con H+N y en el 78.8% de aquellos con H+T. (Gráfica 12).

La biopsia preoperatoria reportó esofagitis en 1 paciente con Heller Nissen y en 1 con H+T (8.3% y 7.1% respectivamente), el resto sin alteraciones (gráfica 3). En cuanto a la biopsia posoperatoria el 50% revelaron esofagitis en pacientes con H+T y en el 16.6% de los H+N, solo 1 del grupo H+T reveló displasia moderada (Gráfica 14).

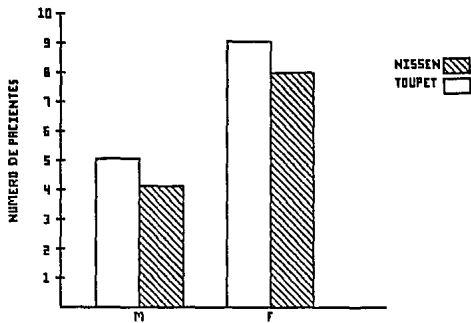
La frecuencia de esofagitis por reflujo fué 5 veces mayor en pacientes sometidos H+T (42%) que en pacientes sometidos a Heller Toupet (8%) gráfica 15.

El 33% de los pacientes sometidos a H+N presentaron disfagia en comparación al 7.1% de aquellos a los que se le realizó H+T (Gráfica 16).

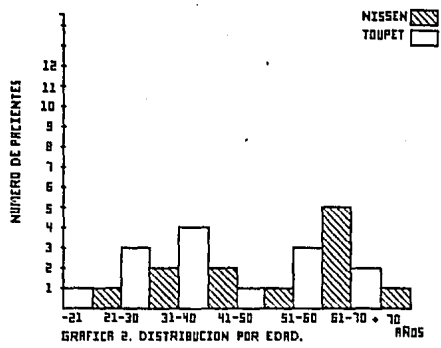
En cuanto a la correlación entre suficiencia de la funduplicatura y la sintomatología en el grupo H+T, 5 (14.2%) pacientes con funduplicatura suficiente manifestaban pirosis, así como 2 con funduplicatura insuficiente, la regurgitación fué más frecuente en pacientes con funduplicatura insuficiente (14.2%) la disfagia se presentó en un sólo paciente en el cual se encontró funduplicatura insuficiente así como datos de estenosis péptica, en cuanto al grupo H+N 4 pacientes referían disfagia los 4 (33.3%) con funduplicatura suficiente, en ninguno de este grupo se presentó pirosis.

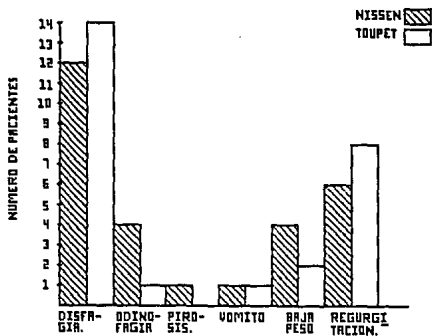
La relación entre funduplicatura insuficiente en pacientes con H+T, solo en 2 pacientes (14.2%) se encontró esofagitis estadio I y en 1 (7.1%) esofagitis estadio IV, en 3 pacientes (21.4%) con funduplicatura suficiente se observó esofagitis estadio I y en 2 (16.6%) con H+N y funduplicatura suficiente se encontró esofagitis leve. (Cuadro 2).

En el grupo de H+T, 4 pacientes (28.5%) con esofagitis estadio I, refieren pirosis y 5 (35.7%) regurgitaciones. 2 pacientes con esofagitis se referían asintomáticos (14.2%), en el grupo de H+N solo 1 paciente que refería disfagia presentó esofagitis.

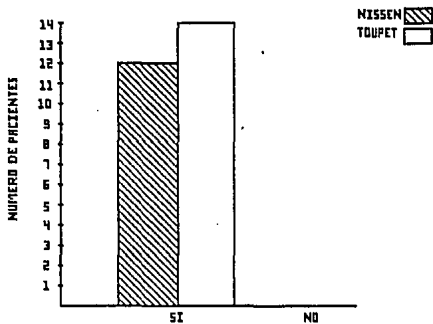


GRAFICA 1. DISTRIBUCION POR SEXO.

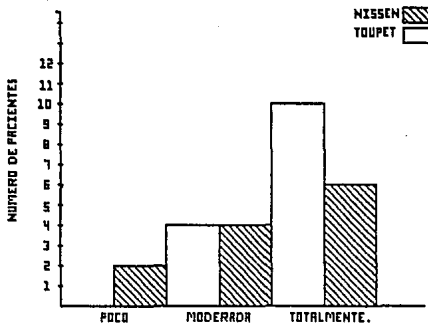




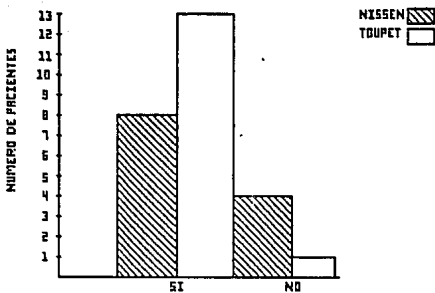
GRAFICA 3. SINTOMATOLOGIA PREOPERATORIA.



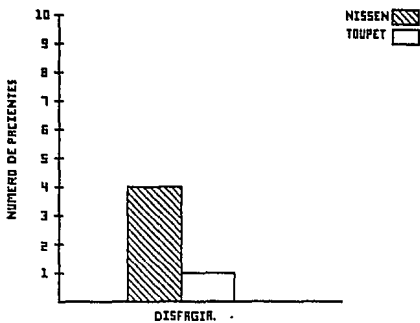
GRAFICA 4. CAMBIOS DESPUES DE LA OPERACION.



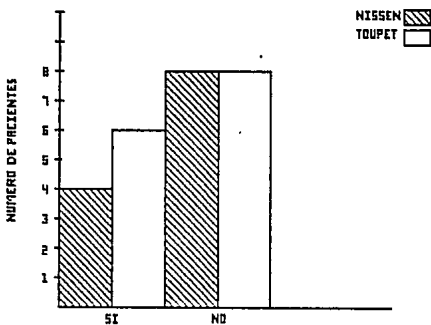
GRAFICA 5. DISMINUCION DE SINTOMATOLOGIA POSTERIOR A LA OPERACION.



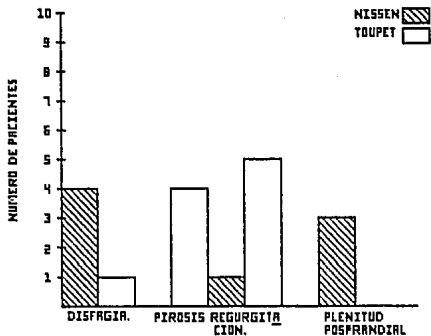
GRAFICA 5. TOLERANCIA A LA DIETA NORMAL.



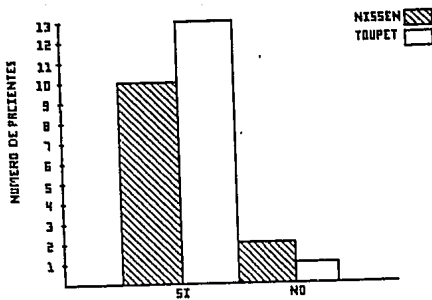
GRAFICA 7. SINTOMATOLOGIA DE INTOLERANCIA A LA DIETA NORMAL.



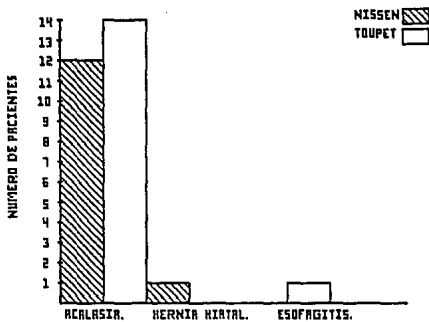
GRAFICA B. MOLESTIAS ACTUALES (SINTOMATOLOGIA ACTUAL)



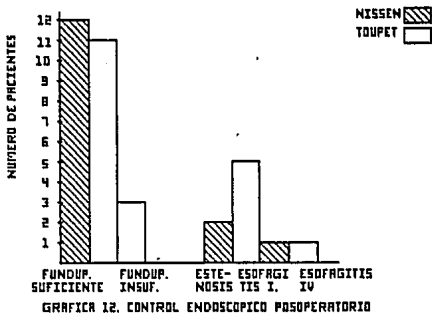
GRAFICA 9. SINTOMATOLOGIA ACTUAL



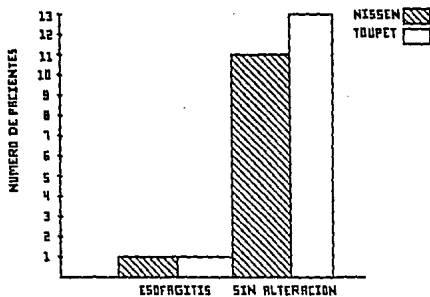
GRAFICA 10. BENEFICIO DE LA CIRUGIA.



GRAFICA 11. DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO PREOPERATORIO.
FUENTE: SERVICIO DE ENDOSCOPIA H.E.C.M.N.
MANUEL AVILA CAMACHO.

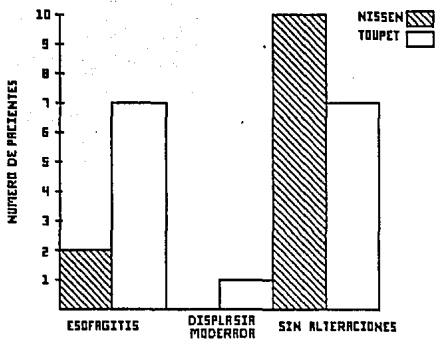


FUENTE: SERVICIO DE ENDOSCOPIA -
H. E. C. M. N. MANUEL AVILA CAMACHO.



GRAFICA 13. BIOPSIA PREOPERATORIA.

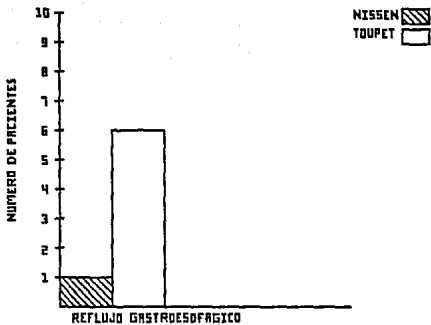
FUENTE: SERVICIO DE PATOLOGIA H.E. C.M.N. MANUEL RUIZ CAMACHO



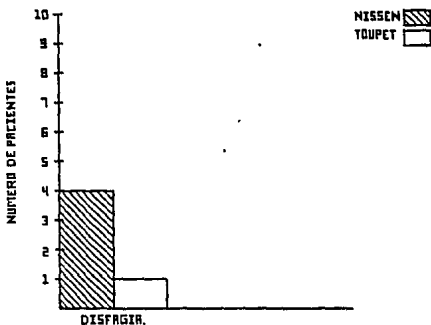
GRAFICA 14. BIOPSIA PDSOPERATORIA.

FUENTE : SERVICIO DE PATOLOGIA

H.E. C.M.H. MANUEL AVILA CAMACHO.



GRAFICA 15. FRECUENCIA DE REFLUJO (VALORADO INDIRECTAMENTE POR LA PRESENCIA DE ESOFAGITIS A LA ENDOSCOPIA.



GRAFICA 16. FRECUENCIA DE DISFAGIA.
POSOPERATORIA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

	PIROSIS		REGURGITACION		DISFAGIA	
	TOUPET	NISSEN	TOUPET	NISSEN	TOUPET	NISSEN
FUNDUPLICATURA SUFICIENTE.	2	-	2	1	-	4
FUNDUPLICATURA INSUFICIENTE.	2	-	3	-	1	-

CUADRO 1. CORRELACION ENTRE LA SUFICIENCIA DE LA FUNDUPLICATURA Y SINTOMATOLOGIA.

	ESOFAGITIS E. I		ESOFAGITIS E. IV	
	TOUPET	NISSEN	TOUPET	NISSEN
FUNDUPLICATURA SUFICIENTE.	3	2	-	-
FUNDUPLICATURA INSUFICIENTE.	2	-	1	-

CUADRO 2. CORRELACION ENTRE SUFICIENCIA DE LA FUNDUPLICATURA Y PRESENCIA DE ESOFAGITIS (ENDOSCOPIA).

	DISFAGIA		PIROSIS		REGURGITACIONES		ASINTOMATICO	
	TOUPET	NISSEN	TOUPET	NISSEN	TOUPET	NISSEN	TOUPET	NISSEN
ESOFAGITIS ESTADIO I	-	1	4	-	5	-	2	1
ESOFAGITIS ESTADIO IV	1	-	-	-	-	-	-	-

CUADRO 3. ESTADIO DE ESOFAGITIS ENCONTRADA POR ENDOSCOPIA Y SU CORRELACION CON SINTOMATOLOGIA.

D I S C U S I O N

Todos los paciente de este estudio se sometieron a una cardiomiectomía completa con extensión de ésta hasta dos centímetros en dirección y dentro del estómago, motivo por el cual, se adicionó un mecanismo antirreflujo tipo Nissen o Toupet.

La disminución de la sintomatología posterior a la operación fue evidente en todos los pacientes a excepción de dos del grupo Heller Nissen quienes referían disminución mínima de la sintomatología, al iniciar la oral así mismo en el estudio endoscópico estos dos pacientes presentaban una estenosis por compresión de la funduplicatura. (Nissen apretado), refiriendo además plenitud post prandial y dificultad para eructar. Estos dos pacientes referían de ningún beneficio de la cirugía, sin embargo los diez restantes del grupo HN referían una mejoría de moderada a total.

Un paciente del grupo Heller Toupet quien refería ningún beneficio de la cirugía durante el estudio endoscópico realizado se encontró una estenosis de tipo péptico, este paciente tenía una intervención quirúrgica previa para acalasia fuera de este centro hospitalario, actualmente ha mejorado con tratamiento médico y a base de dilataciones. En tres pacientes de este grupo a pesar de una funduplicatura suficiente valorada por endoscopia presentaban datos de esofagitis. A pesar de la aparente suficiencia de la funduplicatura.

Cabe mencionar que el grupo sometido a Heller Nissen, fue intervenido por diferentes cirujanos, e incluso residentes de 3er año en periodo de adiestramiento, a diferencia del grupo Heller Toupet quienes fueron intervenidos por un solo cirujano lo que influyó en los resultados obtenidos en el Primer Grupo.

A los pacientes que se sometan a una cardiomiectomía en el tratamiento de la acalasia; para que esta sea completa deberá extenderse hasta dos cm. en dirección gástrica. con este procedimiento un porcentaje elevado de pacientes presentan reflujo gastroesofágico (del 85 al 100 %) estando indicada a la adición de un mecanismo antirreflujo, recomendando el procedimiento de Nissen ya que como observamos en el presente estudio y otros (24 y 25), la función antirreflujo es más efectiva con este procedimiento que con procedimientos parciales, como lo es el Topupet. La aparición de disfagia que se presenta en pacientes con nissen apretado se evita con la utilización de una sonda esofágica calibre 50 Fr así como mediante una funduplicatura corta; esta se logra suturando el fondo a los márgenes de la miotomía en una distancia de tres cm. para crear un segmento intraabdominal. El resto de la funduplicatura se sutura por separado para crear una aproximación del fondo menor a 0.5 cm. Esta longitud es eficaz para controlar el reflujo, pero evita la suficiencia excesiva.

Si siguiendo los anteriores lineamientos para el tratamiento quirúrgico de la acalasia se evitarán los síntomas obstructivos de la enfermedad con una cardiomiectomía completa, así como también la presencia de disfagia por una funduplicatura inadecuada.

CONCLUSIONES

Los pacientes con acalasia, a quienes se someten a los procedimientos Heller Nissen y Heller Toupet, tienen de buenos a excelentes resultados en el 66.6 y 92.8% de ambos grupos respectivamente.

La disfagia es más frecuente en relación 4 : 1 en pacientes con procedimiento Heller Nissen que Heller Toupet.

La esofagitis por reflujo observada endoscópicamente es más frecuente en el procedimiento H+T que en el H+N en una proporción de 4 : 1.

De lo anterior se infiere que el procedimiento de Heller Toupet presenta mejores resultados clínicos en cuanto a la mejoría de la sintomatología de la acalasia (disfagia). Sin embargo un buen porcentaje (42.8%) presentan esofagitis al estudio endoscópico, encontrándose en un porcentaje mínimo en pacientes con Heller Nissen (7%); la finalidad de la adición de mecanismo antireflujo al procedimiento de Heller es evitar esta última complicación, y así de este modo el procedimiento de Nissen ofrece mejores resultados en este aspecto.

CUESTIONARIO

1.- SINTOMATOLOGIA ANTES DE LA OPERACION:

AGRURAS () PIROSIS () VOMITO ()

DISFAGIA () ODINOFAGIA () REGURGITACIONES ()

2.- ESTUDIOS ANTES DE LA OPERACION:

S.E.G.D. () ENDOSCOPIA ()

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

3.- FECHA DE LA OPERACION: _____

4.- TUVO ALGUN CAMBIO DESPUES DE LA OPERACION:

SI ()

NO ()

5.- CUANTO TIEMPO DESPUES ? _____

6.- SUS MOLESTIAS DISMINUYERON ?

POCO ()

MODERADAMENTE ()

TOTALMENTE ()

7.- PUEDE TOMAR DIETA NORMAL ?

SI ()

NO ()

8.- PORQUE NO ? _____

9.- ACTUALMENTE, TIENE USTED MOLESTIAS ?

SI ()

NO ()

10.- CUALES SON ?

DISFAGIA () ODINOFAGIA () REGURGITACIONES ()

PIROSIS () PLENITUD POSTPRANDIAL () OTRO ()

11.- LA OPERACION REPORTO ALGUN BENEFICIO ?

SI ()

NO ()

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Soencer P. W., Heller's Contribution to the Surgical Treatment of Achalasia of the Esophagus. Ann Thorac Surg 1989;48:876-81.
- 2.- De Bruine Groeneveldt JR. Over Cardiospasmus. Ned Tijdschr Geneeskd 1918;54:1281-2.
- 3.- Berrett NR, Franklin FH. Concerning the unfavourable late results of certain operations performed in the treatment of cardiospasm. Br J Surg 1949;37:194-202.
- 4.- Ripley HR, Olsen AM. Esophagitis after esophagogastric anastomosis. Surgery 1952;32:1-9.
- 5.- Ripley HR. Experimental studies of peptic ulceration and stricture of the lower part of the esophagus. Surg Forum 1950;1:60-4.
- 6.- Heller E. Extramuköse Cardiaplastik beim chronischen Cardiospasmus mit Dilatation des Oesophagus. Mitt Grenzgeb Med Chir 1914;27:141-9.
- 7.- Ellis FH Jr. Reflections on Heller's myotomy. Surg Rounds 1982;5:41-7.
- 8.- Andreollo NA, Earlam RJ. Heller's myotomy for achalasia: is an adde anti-reflux procedure necessary? Br J Surg 1987;74:765-9.
- 9.- Ellis FH Jr. Esophagomyotomy for achalasia of the esophagus. Ann Surg 1980;192:157-61.
- 10.- Ellis FH, Watkins E. Ten a 20 years clinical results after

- short Esophagomyotomy Without and antirreflux procedure (modified Heller operation) for esophageal achalasia. Eur Cardiothorac Surg 1992;6:86-9.
- 11.- Patrick Shoenut J. Jhon BS. Esophageal reflux before and after isolated myotomy for achalasia. Surgery. 1990;108:876-9.
 - 12.- McVey JL, Ellis FH JR. Gastroesophageal sphincteric function after the Heller myotomy and its modifications. An experimental study. Bull Soc Int Chir 1963;22:419-22.
 - 13.- Dorothy Thomson M. D. J. Shoenut J.P. Reflux Patterns Following limited Myotomy Without Fundoplication for Achalasia. Ann Thorac Surg 1987;43:550-3.
 - 14.- Jara FM, Toledo-Pereyra LH. Long-term results of esophagomyotomy for Achalasia of esophagus. Arch Surg 1979;114:935-6.
 - 15.- Csendes A, Braghetto. Late results of a prospective randomized study comparing forceful dilatation and oesophagomyotomy in patients with achalasia. Gut 1989;30:299-304.
 - 16.- Stipa S, Fegiz G Heller-Belsey and Heller-Nissen operations for achalasia of the esophagus. Surg Gynecol Obstet 1990;170:-212-6.
 - 17.- Scotte M, Teniere P. Long-Term result of Surgical Treatment for achalasia of esophagus. J Chir Paris 1991;128:281-84.
 - 18.- Rosatto EF, Acker M. Transabdominal esophagomyotomy and partial fundoplication for treatment achalasia. Surg Gynecol Obstet 1991;173:137-41.
 - 19.- Gallone L, Peri G. Proximal gastric vagotomy and anterior

- fundoplication as complementary procedures to Heller's operation for achalasia. Surg Gynecol Obstet 1982;155:337-41.
- 20.- Little AG, Soriano A. Surgical treatment of achalasia: results with esophagomyotomy and Belsey repair. Ann Thorac Surg 1988;45:489-94.
- 21.- Cohen S, Snape WJ. The Pathophysiology and Treatment of gastroesophageal reflux. Arch Intern Med. 1978;138:1398.
- 22.- Abdo Francis JM, Bernal Sahagun F. Rev Gastroenterol Mèx, 1992;57:32-6
- 23.- Crookes P. F., Wilkinson AJ. Heller's myotomy with partial fundoplication. Br J. Surg 1989;76:98-99.
- 24.- Parrilla Paricio P, Martinez de Haro L. Achalasia of the Cardia: long-term results of oesophagomyotomy and posterior partial fundoplication. Br J. Surg 1990;77:1371-74.
- 25.- Kjell Ba, Thor MD. A Long-Term Randomized Prospective Trial of the Nissen Procedure vs a Modified Toupet Technique. Ann Surg 1989;210:719-724.
- 26.- Low, DE, M.D.R.C.S. Dale Mercer. C. ,MD. James MD, Hill, LD,. Post Nissen Syndrome, Surgery Gynecology & Obstetrics 1988;167:1-5.