

Tratamiento cirúrgico do paciente com obesidade mórbida com Acalasia

Marek Lutrzykowski, MD, Department of Surgery, Crittenton Hospital, Bloomfield Hills, MI 48302, USA

Received 2011.11.27 Accepted 2011.12.07

Resumen

La Asociación de obesidad mórbida y achalasia es muy rara. Los pacientes con achalasia sufren regurgitación, disfagia a sólidos ya a líquidos, y pérdida de peso. Ésta anomalía se manifiesta por pérdida de la motilidad esofágica y falta de relajación del esfínter esofágico inferior. Presentamos un caso de un paciente de 32 años diagnosticado de achalasia a los 18 años. Sus síntomas no eran significativos pero se planificó un CD por una inyección deciente de Botox y dilatación esofágica. Unos meses en el post-operatorio desarrolla disfagia, nauseaa y vómitos después de la ingesta y se la realizó una cirugía transthoracic abierta y miotomía de Heller

Palabras claves: Obesidad mórbida; Achalasia, Miotomía tras torácica de Heller, Cruce Duodenal

Marek Lutrzykowski, MD, Department of Surgery, Crittenton Hospital, Rochester MI, 10 West Square Lake Road. Suite 200. Bloomfield Hills, MI 48302, USA ✉ marekmd2@talkamerica.net

Introducción

La Achalasia (**AC**) es una rara patología del desorden de la motilidad esofágica combinada con una falta de relajación del esfínter esofágico inferior (**EI**). Su tratamiento con bloqueadores del canal del calcio no tienen éxito y los procedimientos endoscópicos así como la inyección de Botox son de corta duración y deben ser repetidas. La esófago-miotomía (**EM**) es el único tratamiento, combinado con un procedimiento antirreflujo. Éste tratamiento puede ser llevado a cabo por laparoscopia o por vía abierta a través del abdomen o bien por vía tras torácica.

La obesidad mórbida en pacientes con AC es muy rara. Pocos artículos han sido publicados con éste desorden y el tratamiento de la AC y obesidad. La EM laparoscópica combinada con derivación gástrica en Y-griega (**DGYR**) [1, 2] y otros dos casos de EM y Cruce duodenal abierto (CDA) han sido descritos [3]. Los CDA eran pacientes sin síntomas típicos de AC antes de la cirugía (como disfagia) pero fueron diagnosticados por radiología y tres de ellos tuvieron confirmación manométrica. En ésta paciente tenía síntomas típicos de AC por varios años de duración tratados con Botox y

se le hizo un CDA. Pocos meses más tarde desarrolló disfagia y se hizo una EM más Heller trans torácica abierta.

Caso clínico

Una mujer de 32 años BMI-41.32 se había cualificado para un CDA. El diagnóstico adicional a la AC era de hiperlipidemia, artritis, síndrome de dolor lumbar y de reflujo Gastroesofágico. Se habían realizado múltiples dilataciones y recientemente inyecciones de Botox antes del CDA. En el tiempo que se hizo el CDA (Marzo 2005) estaba asintomática y se realizó además colecistectomía y apendicetomía y fue alta al 3rd DPO. Dos meses más tarde (junio 2005) desarrolló disfagia a sólidos y líquidos. En julio 2005 se la realizó una EM más Heller tras torácico abierto. Se eligió éste procedimiento porque la paciente conocía a un experto cirujano torácico de la Universidad de Michigan. También se eligió la vía torácica para evitar tener las posibles adherencias y lesión potencial de órganos abdominales.

A los 3 años tiene un IMC-21 estable, su % de exceso de sobrepeso perdido (**PSP**) es de 106% y está asintomática sin disfagia o reflujo y su está curada de sus síntomas de dolor

lumbar y la hiperlipidemia. El estado nutricional es perfecto así como sus niveles de vitaminas liposolubles y densidad ósea.

En Tabla 1 se ve el progreso de pérdida de peso, PSP y cambios en IMC

Tabla # 1

Tiempo	0	3 meses	6 meses	12 meses	18 meses
Peso	122 kg	93 kg	75.8 kg	64.8 kg	63 kg
IMC	41.32	31.37	25.55	21.73	21.25
PSP		52.41	83.06	102.74	105.88

Discusión

El tratamiento del obeso mórbido con AC teóricamente debe concentrarse en añadir un componente mal-absortivo al componente restrictivo que ya existe en la AC y el resultado de un CD debe dar buenos resultados. Hay que reseñar que tras CDA (sin Heller) el paciente no sufrió síntomas restrictivos a pesar de tubo gástrico. Los pacientes con AC no dejan de comer por restricción gástrica sino por la distensión esofágica y la regurgitación. En mi opinión, La gastrectomía vertical restrictiva no debiera hacerse porque eventualmente van a necesitar una procedimiento de EM de Heller y el componente se puede añadir entonces.

¿Cuál es la mejor terapia para éste paciente? Una derivación gástrica en Y-Roux es ya restrictiva y añadir otra restricción a la que ya tiene sería de dudosos efectos cuando los pacientes toman una dieta líquida muy alta en calorías.

Solo dos artículos han sido publicados de BPGYR más EM. Kaufman [] en 2005 describe en una mujer de 25 años e IMC-58, que perdió 45 Kg. y bajó a IMC-42, pero seguía obesa mórbida. Fue seguida solo por 12 meses.

O'Rourke [] opera a una mujer IMC-52 y la siguió solo seis meses. Había perdido 75 Kg. antes del BPGYR más EM y otros 23 Kg después. No hay información acerca del peso perdido y el IMC final. Ambos pacientes < los 6 y 12 meses estaban asintomáticos de su AC.

Con las anillas ajustables (AA) hay un aumento significativo de la presión de reposo del EEI y a la vez el tiempo de relajación del EEI baja a menudo a nivel patológico. Además en los estudios radiológicos hay dilatación esofágica en el 27-60% de pacientes/años. La dilatación significativa representa un desorden de motilidad añadido que va agravar los problemas de la AC.

Otro problema adicional de la DGYR son las stenosis Gastroeyunales con úlcera marginal que a menudo llevan a estenosis en el 3.1 – 14.4 %. Ésta situación desafortunada va a incrementar los síntomas de disfagia. La GV del CD no va a alterar la fisiología del estómago, mantiene el EEI intacto, los nervios vagos, píloro y antro. El vaciado gástrico es más rápido que en un estómago normal.

Éstas razones además del significativo componente mal-absortivo, considero que el CD sería la mejor operación en paciente con AC y obesidad.

La realización de la EM simultánea con la cirugía bariátrica sería lo más lógico, pero en caso el CDA en paciente asintomático seguido de una EM cuando la paciente se hizo sintomática funcionó muy bien.

La pérdida de peso y la mejoría de los síntomas de la AC tuvieron éxito y la considero la mejor operación en el obeso con AC. Si la EM concomitante será más beneficiosa requiere mayor investigación y seguimiento a más largo plazo.

Relaciones: El autor no tiene asociación commercial que pueda acarrear conflicto de interés con éste artículo

Carta

Éste artículo no ha sido publicado, presentado o está en evaluación previas. No hay asociaciones comerciales con conflicto de intereses

Bibliografía:

1. Kaufman JA, Pelligrini CA, Oeschlager BK. Laparoscopic Heller Myotomy and Roux-en-Y gastric bypass: a novel operation for the obese patient with achalasia. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A.* 15 (4)391-5, Aug. 2005
2. O'Rourke R. Simultaneous surgical management of achalasia and morbid. *Obesity Surgery* 2007 ; April
3. Herbella FA, Matone JL, Del Grande JC. Obesity and symptomatic achalasia. *Obesity Surgery.* May 2005; 15 (5): 713-5,
4. Almogy G, Anthone GJ, Crookes PF. Achalasia in the context of morbid obesity: A rare but important association. *Obesity Surgery.* Dec. 2003; 13 (6): 896-900,
5. Richter J. Esophageal motility disorders. *Lancet* 2001; 358: 823-8.
6. Jaffin BW, Knoepflmacher P, Greenstein R. High Prevalence of asymptomatic esophageal motility disorders among morbidly obese patients. *Obesity Surgery.* 1999; 9: 390-5,
7. Stylopoulos N, Bunker CJ, Rattner DW. Development of achalasia secondary to Laparoscopic Nissen fundoplication. *Gastrointestinal Surgery,* 2002; 6:P 368-78
8. Schwartz M, Raymond DL, Roiger RW et al. : Stenosis of the gastroenterostomy after laparoscopic gastric bypass. *Obesity Surgery.* 14 448-491
9. Go MR, Muscarella P, Needleman JB et al. Endoscopic Management of stomal stenosis after Roux-en-Y gastric bypass. *Surgery Endoscopy,* 2004; 18 56-59
10. Wilson JA, Romagnuolo J, Byrne KT et al. Predictors of endoscopic findings after Roux-en-Y gastric bypass. *American Journal of Gastroenterology,* 2006; 10 :2194-2198
11. Bloomston M, Durkin A, Boyce HW et al. Early results laparoscopic Heller myotomy do not necessarily predict long-term outcome. *The American Journal of Surgery,* 2004; 187: 403-407

12. Malthaner RA, Thomas RT, Miller L, Pearson FG. Long term results in surgically managed esophageal achalasia The Society of Thoracic Surgeons . 58 :1343-1347
13. Peternac D, Hauser R, Weber M, Schob O. The effects of laparoscopic adjustable gastric banding on the proximal pouch and the esophagus Obesity Surgery, 2001. 11 : 76-86
14. Weiss HG, Hermann N, Labeck B, et al. Treatment of morbid obesity with laparoscopic adjustable gastric banding affects esophageal motility The American Journal of Surgery , 2000. 180 : 479- 482
15. Catalano MF, Thomas Y, Rudic G. Endoscopic balloon dilation of stomal stenosis following gastric bypass Obesity Surgery 17 298-303 2007