

Acalasia en obesos mórbidos. Reporte de casos*

Drs. PAULA LEÓN A.¹, ATTILA CSENDES J.¹, ITALO BRAGHETTO M.¹,
JOSÉ LASÉN DE S.¹, JOSÉ ROBLES M.¹

¹ Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
Santiago, Chile.

Abstract

Achalasia in morbidly obese patients. Report of two cases

Achalasia is uncommon in morbidly obese patients. We report two patients with both conditions. A 71 years old diabetic male with a body mass index (BMI) of 36 kg/m². He consulted for dysphagia and a manometry showed a lack of relaxation of the lower esophageal sphincter. He was subjected to unsuccessful pneumatic dilatations in two occasions. Finally the patient was subjected to a total gastrectomy and Roux en Y esophago-jejunal anastomosis. Eight months after surgery the patient reports slight dysphagia and lost 24 kg. A 66 years old male with a BMI of 44 kg/m² consulting for regurgitation. Manometry confirmed the diagnosis of achalasia. The patient was subjected to a esophagomyotomy, subtotal gastrectomy and Roux en Y gastro jejunal and jejuno-jejunal anastomosis. Two years after surgery the patient had a slight dysphagia and lost 20 kg.

Key words: Achalasia, morbid obesity, gastrectomy.

Resumen

La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica que tiende a producir baja de peso, siendo rara su presentación en obesos mórbidos. Existen pocos reportes de casos en la literatura. Se presentan 2 casos de pacientes con el diagnóstico de acalasia y obesidad mórbida, uno de ellos tratado con Gastrectomía total y el otro con Esofagomiotomía asociada a Bypass gástrico. Ambos pacientes evolucionaron en buenas condiciones. Finalmente se realiza un análisis de la literatura.

Palabras clave: Obesidad mórbida, acalasia, cirugía.

Introducción

Actualmente la obesidad es una epidemia a nivel mundial siendo la cirugía una de las mejores alternativas terapéuticas. Los trastornos motores esofágicos producen dificultad en la alimentación por lo que es rara su presentación en obesos mórbidos¹. Sin ser la

obesidad un factor de riesgo para su presentación, se ha descrito una incidencia mayor a 50% de estos trastornos en manometrías de obesos mórbidos, en los que la acalasia corresponde sólo a un 0,5-1% de los casos¹⁻³. Se debe considerar que estos trastornos tienden a producir baja de peso en poblaciones no obesas, por lo tanto, es rara la presentación simul-

*Recibido el 12 de Julio de 2009 y aceptado para publicación el 14 de Octubre de 2009.

Correspondencia: Dra. Paula León A.
Santos Dumont 999, Santiago, Chile.
E-mail: leonpaula@gmail.com

tánea de ambas patologías. Las pocas publicaciones en las que se describen estos casos dan cuenta de la posibilidad de resolución quirúrgica agregando la miotomía esofágica al procedimiento bariátrico previamente establecido^{1,4,5}.

Se presentan 2 casos clínicos de pacientes con el diagnóstico de acalasia y obesidad mórbida, uno de los cuales fue tratado con gastrectomía total y esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux y el otro con gastrectomía subtotal, gastro-yeyuno anastomosis en Y de Roux y esofagiotomía. Además se realiza un análisis de la literatura.

Caso clínico 1

Hombre de 71 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus 2 en tratamiento con hipoglucemiantes orales, dislipidemia en tratamiento, obesidad mórbida (IMC: 36,3 kg/m²) y varias cirugías traumatológicas por patología lumbar. Consulta por disfagia de larga data, sin otro síntoma asociado. Se realiza estudio con manometría esofágica y radiografía de esófago estómago duodeno, que evidencia alteración de la motilidad a nivel corporal y falta de relajación a nivel del esfínter esofágico inferior. Es sometido en 2 oportunidades a dilatación neumática en otro centro, persistiendo la sintomatología, por lo que es evaluado para tratamiento quirúrgico. Por laparotomía media se realiza gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal y yeyuno-yeyunal en Y de Roux con ascenso de asa de yeyuno retrocólico de 150 cm. Cirugía sin incidentes de 2,5 horas de duración. Evoluciona en buenas condiciones, al séptimo día postoperatorio se realiza control radiológico que descarta filtración o estenosis a nivel de esófago-yeyuno anastomosis. Tolerancia bien el régimen oral y es dado de alta al noveno día después de la operación. Al octavo mes postoperatorio ha bajado 24 kg, con resolución de todas sus comorbilidades asociadas a la obesidad, buena tolerancia al régimen asignado y leve disfagia funcional.

Caso clínico 2

Hombre de 66 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida (IMC: 43,5 kg/m²) de larga data, consulta por cuadro de regurgitación, sin otro síntoma asociado. Se realiza estudio con manometría esofágica y endoscopia digestiva alta, la primera evidencia alteración de la motilidad a nivel corporal y falta de relajación a nivel del esfínter esofágico inferior. Radiografía de esófago, estómago, duodeno evidencia dilatación esofágica asociada a estenosis cardial. Por laparotomía media se realiza esofago-

miotomía, gastrectomía subtotal con anastomosis gastro-yeyunal y yeyuno-yeyunal en Y de Roux con ascenso de asa de yeyuno retrocólico de 100 cm. Cirugía sin incidentes de 2 horas de duración. Evoluciona en buenas condiciones, se realiza control radiológico que descarta filtración o estenosis a nivel de gastro-yeyuno anastomosis. Tolerancia bien el régimen oral y es dado de alta al quinto día postoperatorio. A 2 años de la cirugía evoluciona en óptimas condiciones, bajando 20 kg, con buena tolerancia al régimen asignado y leve disfagia funcional.

Discusión

Los trastornos esofágicos son un fenómeno independiente de la obesidad mórbida, con una prevalencia de 20-61%^{1,2}.

La acalasia corresponde a un trastorno de la motilidad esofágica caracterizado por aperistalsis y ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior, lo que clínicamente se traduce en disfagia, pérdida de peso y pseudoregurgitación, es por esto que es muy rara la presentación simultánea de ambas patologías⁶.

El primer caso descrito en la literatura corresponde al reportado por Jaffin, quien estudió con manometría a 113 obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, encontrando sólo 1 paciente con acalasia². Posteriormente Almogy, en el año 2003, documenta 3 nuevos casos, quienes presentaron sintomatología atípica, caracterizada por regurgitación, tos crónica y aspiración. En ellos se realizó un switch duodenal con miotomía esofágica, logrando una buena respuesta a largo plazo¹. En esta serie destaca que los pacientes presentan sólo síntomas respiratorios y no la clínica característica de acalasia, siendo difícil diferenciar si son síntomas de la acalasia o secundarios a la obesidad. Ellos plantean que si el diagnóstico de acalasia se realiza en un obeso mórbido que busca bajar de peso la opción terapéutica sería agregar la miotomía de Heller a la cirugía bariátrica¹. Los casos descritos anteriormente se presentaron asintomáticos o con síntomas atípicos, sin embargo, en la bibliografía se menciona sólo 1 caso de acalasia sintomática en obeso mórbido⁶, por lo que llama la atención los casos presentados ya que el primer paciente presentó disfagia y el segundo regurgitación por lo que se decidió su estudio, llegando finalmente al diagnóstico de acalasia.

Está demostrado que la cirugía es el tratamiento más efectivo para la obesidad mórbida y sus comorbilidades, sin embargo, se ha demostrado que al alterar el paso natural del alimento por el tracto digestivo se producirían alteraciones que aumentarían el trabajo esofágico predisponiendo a estos

pacientes a trastornos en la motilidad esofágica, por lo que si se presentan ambas condiciones en forma simultánea es de vital importancia plantear una técnica que permita resolver ambas condiciones en un solo procedimiento⁷.

Por otro lado, dentro de las opciones terapéuticas para la acalasia está demostrado que la miotomía esofágica es la que presenta mejores resultados, comparado principalmente con la dilatación neumática, ya que presenta más tiempo asintomático⁸. En el primer caso presentado, el paciente fue sometido a 2 dilataciones sin resultados satisfactorios por lo que se planteó la resolución quirúrgica en su caso.

Hay escasos reportes de cirugías que tratan simultáneamente ambas entidades, existiendo 2 en los cuales se menciona la realización simultánea de miotomía esofágica y bypass gástrico laparoscópico con excelentes resultados^{4,5}. Almogy da cuenta de 2 pacientes que se trataron simultáneamente con miotomía y derivación biliopancreática con switch duodenal, también con muy buenos resultados¹. El primer caso presentado es interesante ya que se realizó una gastrectomía total con una esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux por lo que no fue necesaria la realización de la miotomía esofágica, logrando así resolver ambas patologías con una técnica quirúrgica, con buena respuesta a corto y largo plazo. En el segundo caso se realizó gastrectomía subtotal con gastro-yeyuno anastomosis en Y de Roux y miotomía, con buena respuesta a corto y largo plazo, logrando una adecuada resolución de ambas patologías en una instancia.

Es importante poder realizar el diagnóstico de acalasia antes de la cirugía bariátrica ya que el objetivo de la cirugía es lograr una disminución de peso, por lo que si la acalasia no es tratada podría agravar el cuadro, hecho que ha sido reportado en algunas publicaciones recientes, destacando la necesidad de un adecuado y completo estudio preoperatorio en todo paciente candidato a cirugía bariátrica para así poder ofrecerle la mejor alternativa quirúrgica para su condición en particular⁹.

Los casos presentados evidencian la posibilidad de poder resolver ambas patologías, de manera satisfactoria, en un momento quirúrgico, con técnicas

descritas en la bibliografía, además de otra no descrita, demostrando así la posibilidad de poder resolver ambas patologías de la mejor manera posible.

Referencias

1. Almogy G, Anthone GJ, Crookes PF. Achalasia in the context of morbid obesity: a rare but important association. *Obes Surg* 2003; 13: 896-900.
2. Jaffin BW, Knoepfmacher P, Greenstein R. High prevalence of asymptomatic esophageal motility disorders among morbidly obese patients. *Obes Surg* 1999; 9: 390-395.
3. Koppman JS, Poggi L, Szomstein S, Ukleja A, Botoman A, Rosenthal R. Esophageal motility disorders in the morbidly obese population. *Surg Endosc* 2007; 21: 761-764. Epub 2007 Feb 7.
4. O'Rourke RW, Jobe BA, Spight DH, Hunter JG. Simultaneous surgical management of achalasia and morbid obesity. *Obes Surg* 2007; 17: 547-549.
5. Kaufman JA, Pellegrini CA, Oelschlager BK. Laparoscopic Heller myotomy and Roux-en-Y gastric bypass: a novel operation for the obese patient with achalasia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2005; 15: 391-395.
6. Cho M, Kaidar-Person O, Szomstein S, Rosenthal RJ. Achalasia after vertical banded gastroplasty for morbid obesity: a case report. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006; 16: 161-164.
7. Herbella FA, Matone J, Lourenço LG, Del Grande JC. Obesity and symptomatic achalasia. *Obes Surg* 2005; 15: 713-715.
8. Weiss H, Nehoda H, Labeck B, Peer-Kuhberger MD, Klingler P, Gadenstatter M, et al. Treatment of morbid obesity with laparoscopic adjustable gastric banding affects esophageal motility. *Am J Surg* 2000; 180: 479-482.
9. Urbach DR, Hansen PD, Khajanchee YS, Swanstrom LL. A decision analysis of the optimal initial approach to achalasia: laparoscopic Heller myotomy with partial fundoplication, thoracoscopic Heller myotomy, pneumatic dilatation, or botulinum toxin injection. *J Gastrointest Surg* 2001; 5: 192-205.
10. Ramos AC, Murakami A, Lanzarini EG, Neto MG, Galvão M. Achalasia and laparoscopic gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5: 132-134.