

POEM, nuevo tratamiento endoscópico para las patologías motoras del esófago

La Clínica en Madrid incorpora esta técnica menos invasiva que permite una recuperación más rápida de los pacientes

CUN ■ Dificultad para tragar, dolor torácico o regurgitación alimentaria son algunos de los síntomas que padecen quienes sufren patologías motoras del esófago, siendo la acalasia la más habitual. Un trastorno que impide el paso de alimentos hacia el estómago debido a un mal funcionamiento del esófago, que no es capaz muscularmente de empujar el alimento ni de relajar por completo la válvula que lo separa del estómago (llamada esfínter esofágico interior).

Unas dolencias que precisan de una intervención para poder permitir a esos pacientes

que puedan alimentarse con normalidad. En esta línea, un equipo del Departamento de Digestivo de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid ha incorporado una nueva técnica endoscópica que permite un tratamiento menos invasivo y con una rápida recuperación para el paciente: miotomía endoscópica peroral (POEM).

“Se trata de un tratamiento que mejora de manera franca los resultados obtenidos previamente con otras técnicas endoscópicas como eran la dilatación neumática o la inyección de toxina botulínica en pacientes con acalasia. Por

otro lado, consigue resultados clínicos similares a los obtenidos con la cirugía tradicional (miotomía de Heller) a corto y medio plazo”, explica el Dr. José María Riesco, responsable del Departamento Digestivo en la Clínica en Madrid. “La diferencia es que los cirujanos se dirigen desde fuera, ya que acceden al esófago a través de la pared abdominal, y nosotros llegamos al músculo mediante un gastroscopio convencional desde el interior del esófago”.

El esófago está formado por cuatro capas: mucosa (la más interna), submucosa, muscular y adventicia (la externa). En estas patologías, la capa responsable de la disfunción es la muscular, por lo que es el objetivo tanto de endoscopistas como de cirujanos. Mientras que esta nueva técnica accede por la mucosa, la cirugía lo hace por la adventicia.

“Mediante una gastroscopia, se hace una pequeña incisión en la mucosa e inyectamos un líquido en la segunda capa (submucosa) para crear un túnel que nos permite llegar a la porción superior del estómago además de acceder a la capa muscular. Una vez ahí, se hace la incisión requerida en el músculo”, señala.

EL MÚSCULO. El músculo del esófago es el origen de las anomalías. Como explica el especialista, quien sufre acalasia no consigue la relajación de la unión del esófago con el es-

tómago. Es decir, “el esfínter esofágico inferior, que es el que se relaja cuando cae la comida, en estos pacientes no se abre adecuadamente al comer, por lo que la comida se atasca”.

A esto se le suma un segundo problema. La llegada de la comida desde la boca hasta el estómago tras su ingesta se lleva a cabo mediante dos engranajes: la gravedad y el peristaltismo del esófago (movimientos que ayudan a la comida a avanzar). “Este segundo mecanismo también está alterado, esas ondas que deben avanzar la comida hacia el estómago son anómalas y, por lo tanto, no ayudan a su avance”.

Por ello, la solución pasa por seccionar el músculo, que una vez intervenido quedará seccionado para dejar de provocar estas anomalías y que el paciente pueda volver a comer y beber con normalidad.

LA FRASE

“Este tratamiento mejora los resultados obtenidos con otras técnicas endoscópicas, como la dilatación neumática o la inyección de toxina botulínica en pacientes con acalasia”.

Dr. José María Riesco
Responsable del Departamento de Digestivo de la Clínica en Madrid.



Equipo. Primera fila de izda a dcha: Dra. Cristina Arribas, las enfermeras Yaritza Llamas, Yolanda Reche, Consuelo Navarro De Castro y M. Jesús Liaño, y las auxiliares Tamara Román, Eva Muñoz y M. José Zapata. 2ª fila izda a dcha: los Dres. Ana Palavicini, José Manuel Álvarez, Jose María Riesco, Santiago González, César Prieto y Beatriz Merchán.



El Dr. José María Riesco, responsable de Digestivo de la Clínica en Madrid, y su equipo en un momento de la miotomía endoscópica peroral.

VENTAJAS. Tanto la miotomía endoscópica peroral como la cirugía convencional realizan el corte en el músculo y sus resultados a cinco años son muy similares, pero sus diferentes accesos favorecen que esta nueva técnica ofrezca beneficios para el paciente.

Por un lado, el POEM se trata de una técnica mínimamente invasiva. Este hecho favorece que la recuperación sea habitualmente más rápida. “Habitualmente, el paciente está ingresado 24-48 horas y el primer día no ingieren nada y el segundo comienzan con líquidos notando ya la mejoría clínica desde el principio y, posteriormente, se sigue una dieta blanda durante una semana hasta que pueden retomar una dieta normal”, señala el Dr. Riesco.

Además, tiene una segunda ventaja al tener un acceso más directo al esófago. “Hay casos concretos, como la acalasia tipo III, en los que se necesita hacer una miotomía más larga de lo habitual. En ellos, quirúr-

gicamente está más limitado desde el acceso abdominal, mientras que por endoscopia no tenemos esa limitación sino que podemos cortar la capa muscular desde dónde necesitamos”, aclara.

Beneficios de esta técnica novedosa en España que llevan a los centros que poseen equipos especializados en ella, a nivel nacional menos de una decena de hospitales la realizan, a apostar por el POEM.

OTRAS APLICACIONES. Existen otras variantes técnicas del POEM que permiten tratar otras patologías como son los divertículos esofágicos sintomáticos (Z-POEM), la lentitud del vaciamiento gástrico denominada gastroparesia (G-POEM) e incluso utilizar una variante denominada resección submucosa de tumores mediante tunelización (STER) que permite extirpar tumores de la pared del tubo digestivo que asientan sobre la capa muscular propia.



El Dr. Riesco, justo antes del procedimiento.