

Interposición yeyunal esofagóastrica en la esofagitis péptica grave *

Dr. JOSE MARIA MAINETTI **

La esofagitis péptica es una reacción inflamatoria del esófago distal, que puede conducir a la ulceración con esclerosis mutilante de la musculatura subyacente y a la estenosis.

Wilkenstein (1935) introdujo el término para la inflamación difusa del tercio inferior del esófago, con o sin ulceraciones superficiales, asociada a la úlcera duodenal.

Allison (1943) relacionó la esofagitis con la hernia hiatal por deslizamiento, considerando el cuadro de esofagitis, que llamó por reflujo, como patognomónico de este tipo de hernia hiatal, y presente en 80% de casos. La hernia hiatal había sido establecida mucho antes como entidad radiológica, pero la controversia entre Bergman y Sauerbruch, el primero sosteniendo que era una entidad clínica y el segundo un artefacto de técnica, hizo que permaneciese dormida en Alemania hasta que le dieron nuevo impulso Harrington, y sobre todo Allison con la patogenia del reflujo.

El término de esofagitis por reflujo parece ser mejor, ya que el proceso patológico, si bien es preponderantemente causado por la regurgitación al esófago de la secreción clorhidropéptica del estómago, es también desencadenado por las secreciones alcalinas biliopancreáticas.

A la esofagitis péptica leve o severa, con úlceras superficiales, que acompaña a la úlcera duodenal, a los vómitos o a la intubación gástrica, y a la hernia hiatal por deslizamiento, se le llama también esofagitis erosiva subaguda, y 10% de ellas desarrollarían una estenosis (Palmer). La estenosis, en general, es de corta longitud; la inflamación péptica comienza en la zona del vestíbulo esofágico y el espasmo tiende

a limitar la esofagitis. La mala motilidad esofágica puede ser causa de extensión en sentido oral de la esofagitis, llevando rápidamente a la llamada "fibrosis ascendente del esófago". Es interesante conocer que la fibrosis inflamatoria asienta principalmente en la submucosa (Peters, Wangenstein, etc.). Los estudios de piezas operatorias realizados por Moersch (15) en la Mayo Clinic, han demostrado la gran frecuencia con que las lesiones de esofagitis son superficiales y reversibles y que no hay que dejarse engañar por la apariencia radiológica.

Barrett (1950) esclareció la diferencia entre esofagitis por reflujo con hernia hiatal y la úlcera profunda semejando úlcera gástrica, que ocurre en el esófago con epitelio gástrico, y a la que llamó úlcera crónica péptica. Hay confusión acerca de lo que es el esófago de Barrett. Al comienzo, Barrett lo consideró estómago con esófago corto. Allison lo consideró esófago porque no tiene cubierta peritoneal, la musculatura es de tipo esofágico, y existen glándulas sin células parietales. El mismo Barrett lo ha considerado últimamente como esófago con epitelio columnar (1).

La mayoría de los autores están de acuerdo en su origen congénito, por persistencia del epitelio embrionario, el cual ordinariamente es reemplazado, de arriba abajo, por epitelio escamoso.

Sin embargo, algunos casos clínicos parecen indicar que el epitelio de Barrett puede ser una condición adquirida, en la cual el epitelio esofágico, que ha sufrido la acción de la esofagitis péptica, es reemplazado por epitelio escamoso (7).

La úlcera solitaria de Barrett está ubicada generalmente en posición alta, parte media del esófago, y puede asociarse a una hernia hiatal por deslizamiento.

* Conferencia pronunciada en la Sociedad de Cirugía el 5 de agosto de 1964.

** La Plata, República Argentina.

Wolf (1953) describió el esófago corto con úlcera marginal a nivel de la juntura esofagogástrica, que puede desarrollarse en epitelio esofágico normal o heterotópico del segmento marginal (los dos últimos centímetros) del esófago. La úlcera en el epitelio escamoso es probable que permanezca superficial, pero puede llevar a una estenosis. En cambio, afirma Winkelstein (3), la úlcera en epitelio cilíndrico heterotópico penetra más profundamente, es bien refractaria al tratamiento, pero la estenosis es menos frecuente.

El esófago corto es comúnmente un proceso adquirido secundario a la esofagitis. Las experiencias han demostrado que el esófago inflamado puede retraerse en una semana. El esófago es altamente elástico y es la contractura muscular la que inicia el proceso de acortamiento, la fibrosis hace después lo demás y "congela" aparentemente el esófago en posición de acortamiento (8).

Hemos visto, siguiendo a Winkelstein, los tres tipos clínicos patológicos de esofagitis péptica o por reflujo. Con excepción de algunos casos discutibles (calasia), ésta esofagitis asienta prácticamente (9) sobre un esófago anormal, presentando una ectopia torácica, sea del cardias anatómico (hernia, braquiesófago, intervención quirúrgica) o del cardias mucoso (epitelio de Barrett o endobraquiesófago). El conocimiento de la patología es fundamental, así como la noción de frecuente reversibilidad de ciertas lesiones (acortamiento, estrechez) para poder encarar un tratamiento adecuado.

Se puede afirmar que la esofagitis es la tercera enfermedad del abdomen superior, a continuación de la litiasis biliar y úlcera duodenal (Hafter).

Sobre su diagnóstico (clínico, radiológico, endoscópico) debemos establecer algunas premisas:

1º) La frecuente asociación con hernia hiatal por deslizamiento y la coexistencia de esta hernia con patología quirúrgica del intestino anterior. En 1957, en una revisión de 22 hernias hiales operadas, encontramos 16 casos de esofagitis y 2 estenosis, y el 50% de los enfermos tenían patología gastroduodenobiliar asociada (19).

2º) La ausencia de hernia hiatal no excluye la esofagitis. Puede haber reflujo

sin hernia (calasia) o más probablemente insuficiencia anatómica del mecanismo esfintérico, o hernias pequeñas difíciles de demostrar.

3º) La disfagia y la estenosis segmentaria como primera manifestación ostensible de la esofagitis, obligan a veces al diagnóstico diferencial con el cáncer de esófago.

4º) El diagnóstico radiológico es de gran valor (Wolf). Puede haber: a) reflujo sin hernia hiatal visible o hernia hiatal sin signos radiológicos de esofagitis; b) estrechez tubular; c) úlcera gastroesofágica; d) úlcera de Barrett (biopsia). La naturaleza de la estrechez es difícil de apreciar en la radiología. El diagnóstico entre estenosis blanda o fibrosa puede depender de la respuesta a la dilatación o de la exploración quirúrgica.

La esofagoscopia a menudo fracasa para mostrar cambios importantes, aun con síntomas severos (Hill). Nos informará sobre el reflujo, acortamiento esofágico, lesiones macroscópicas y biopsia.

5º) Dice Barrett que no debe dilatarse la estrechez por esofagitis al menos que pueda en forma efectiva y permanente prevenir al mismo tiempo el reflujo acidopéptico.

Dilatando la estrechez, la barrera contra el reflujo se rompe y la esofagitis vuelve a encenderse. En cada exacerbación la cicatriz en la musculatura es más profunda y el resultado final es peor que al comienzo.

Cuando la esofagitis es severa como para producir dolor intratable y estenosis, la cirugía debe ser considerada.

Dice Cross (4) que quizás parte de confusión en una terapia adecuada reside en el hecho que no todas hablan del mismo proceso patológico cuando se refieren a la esofagitis. Mayor confusión se agrega todavía con la presencia de procesos asociados. Pero, agrega, es remarcable la rápida desaparición de los síntomas cuando se restablece el mecanismo esfintérico normal para romper el círculo vicioso crónico de irritación acidopéptica del esófago.

La causa originaria de la esofagitis péptica es la incompetencia crónica a nivel del cardias, que permite el reflujo gástrico y el estancamiento de líquido acidopéptico (o alcalino triptico) en el esófago inferior. La competencia gastroesofágica depende del esfínter interno esofágico inferior, los

pliegues mucosos del cardias, la pinza diafragmática y la compresión del esófago abdominal (Muller Botha).

Del punto de vista fisiológico, el esfínter inferior de Lerche es indiscutible y constituye la barrera más importante contra el reflujo, con ayuda de otros mecanismos, en especial su relación anatómica con el pilar del diafragma. El diafragma apoya y mantiene el esófago abdominal y el cardias, y permite al mecanismo de cierre actuar con máxima eficacia. Dice Muller Both (16) que hay una sola barrera efectiva contra el reflujo: "un mecanismo normal en posición normal".

Siendo la esofagitis por reflujo la enfermedad de la incompetencia crónica de la juntura esofagogástrica, para poder restablecer la continencia fisiológica de protección esofágica hay que descender el cardias a su posición normal, infradiafragmática, sin tensión, y obtener un esófago abdominal de por lo menos 2 ó 3 centímetros de longitud. La táctica quirúrgica variará entonces según que el cardias pueda o no descenderse.

Si el cardias desciende, lo que es frecuente, pese a la cortedad radiológica del esófago, la operación de elección es la hernioesofagofrenoplastia tipo Allison. Si por razones anatómicas o técnicas hay cualquier duda en la reparación perfecta de la hernia hiatal, agregamos un procedimiento balanceado de drenaje gástrico y de disminución de la secreción clorhidropéptica (vagotomía y piloroplastia).

Practicamos con mucha frecuencia la cura de la hernia hiatal por vía abdominal, pero cuando hay esofagitis y esófago corto, usamos la vía torácica para la operación de Allison. Con incisión complementaria abdominal y previo cambio en la posición del paciente, hacemos la piloroplastia, la gastrostomía descompresiva o una colecistectomía, etc., si hubiesen indicaciones. La toracofrenolaparatomía, que hemos usado antes, no nos parece aconsejable para estos casos, y preferimos las dos incisiones separadas, sin abrir el diafragma, tal como hemos visto actuar en Boston al Dr. Adams (Lahey Clinic).

Si el cardias no se puede descender y restablecer la armonía de relación con el diafragma, la táctica quirúrgica dependerá de si existe una estenosis reversible o irreversible.

Si la estenosis es reversible, lo que acontece en buen número de casos, la operación de elección no está establecida.

La gastrectomía subtotal (Wangensteen) parece ser la técnica preferible y si es posible con montaje en Y de Roux, para evitar la llegada al muñón gástrico de los líquidos alcalinos. La gastrectomía subtotal con vagotomía la realizamos en tres enfermos, en dos de ellos con buen resultado, asociando dilataciones. En 1958 (2) presentamos seis casos tratados de acuerdo con Burford y Lischer, vagotomía más gastroduodenostomía a lo Finney.

En general los resultados publicados (17), parecen indicar que las operaciones de drenaje gástrico, con vagotomía o gastrectomía, dan resultados satisfactorios en pacientes con esofagitis moderada, pero que son ineficaces en las esofagitis severas con hemorragias o estenosis (Payne, Mayo Clinic).

Etala (5) ha introducido un procedimiento original, indirecto de la lesión; consiste en vagotomía con piloroplastia, pero hace una gastrectomía proximal parcial por debajo del cardias y fondo gástrico e interpone en el estómago un segmento yeyunal.

Es posible que este segmento yeyunal interpuesto a la manera de Etala, proteja mejor al esófago, pero necesita, para tener éxito, una estenosis reversible. Por otra parte, la combinación táctica con la resección gástrica proximal, vagotomía y piloroplastia, no permite por el momento, a nuestro juicio, establecer el valor definitivo de esta interposición.

Una sugestión que puede ser útil, en caso de cirugía indirecta que no extirpe la estrechez, es intentar su dilatación digital en el momento que se practica la gastrectomía, la vagotomía y la reducción de la hernia hiatal (2).

Estenosis irreversible. En estos casos hay que reseca y establecer una anastomosis que prevenga el reflujo. La resección con anastomosis estándar esofagogástrica deja al enfermo en condiciones inmejorables para una nueva estenosis péptica: esófago corto y estómago intratorácico sin verdadero cardias.

Muchas estadísticas han señalado la alta proporción de esofagitis en la anastomosis esofagogástrica [sobre 65 anastomosis, 40 tuvieron esofagitis en un período de dos meses a cuatro años (Ripley)].

Payne y Ellis (18) recientemente han presentado sus resultados en 36 pacientes con esófago corto tratado con esofagogastrectomía y antrectomía, con 79% de mejorías en los primeros cinco años.

Varios artificios se le han adjuntado a la anastomosis esofagogástrica para hacerla continente (10, 6), sobre todo en la escuela francesa, siguiendo a Lortat Jacob. La anastomosis continente a lo Lortat Jacob, o bien la esofagofundopexia circunferencial, pueden ocasionar fístulas y estenosis, y es difícil prever los resultados alejados en presencia de esofagitis.

Personalmente no tengo experiencia con las anastomosis continentes y, por otra parte, tengo la impresión que la cirugía de excéresis daría un gran paso, con mejores resultados inmediatos y alejados, si se eliminara el' transplante del estómago. La gastrectomía total, por ejemplo, nos ha enseñado que las únicas operaciones que impiden el reflujo son las Y de Roux o la interposición de un segmento intestinal.

Merendino y Dillard (13) introdujeron en 1955 el concepto de sustituir las anomalías fisiológicas y anatómicas del esfínter esofágico inferior con la interposición de un segmento yeyunal. Allison había usado la Y de Roux con o sin anastomosis al estómago. En la operación de Merendino se reemplaza la zona esofagogástrica con un segmento yeyunal isoperistáltico que se vacía continuamente en forma activa y sin fatiga, comportándose como un esfínter fisiológico que previene el reflujo.

El reemplazo a lo Merendino es mejor que el "by-pass" de Allison. Su único inconveniente es que se trata de una técnica que no puede usar el cirujano ocasional y que origina cierta mortalidad. Merendino (14), en 33 interposiciones, tuvo 4 muertes. Para la interposición se usa un ansa yeyunal que se anastomosa por uno de sus extremos al esófago y por el otro a la cara anterior del estómago. Se ha aconsejado la anastomosis a la cara anterior gástrica, mejor protegida contra el reflujo en el enfermo acostado. Por lo menos diez centímetros del transplante deben quedar en el abdomen, debajo del diafragma, para disminuir el gradiente de presiones.

Holt (10) ha usado el colon. En una experiencia de 27 casos, 9 fueron dilatados,

4 tratados con anastomosis esofagogástrica seguida de recidiva, y en 8 casos se interpuso el colon transverso.

Es evidente que el yeyuno, como substrato esfinteriano tiene, la ventaja de su frecuente peristalsis y la ausencia de trastornos funcionales y orgánicos que aflijen al colon (Merendino).

En algunos casos de estenosis péptica irreversible, en individuos ancianos y alcohólicos, en que una operación de excéresis con interposición estaría gravada de alta mortalidad, se debería considerar la utilidad de una esofagoplastia total sin tocar la lesión. En un paciente, que no es del caso detallar en este relato, tratamos la estenosis péptica con un tubo gástrico invertido según Graviliu-Heimlich.

Nuestra experiencia con interposición yeyunal esofagogástrica por esofagitis péptica grave, comprende sólo tres observaciones. En la primera se trató de una úlcera de Barrett; la segunda fue una úlcera péptica con estenosis de la juntura esofagogástrica; y la tercera fue una esofagitis rebelde creada por el hombre, al destruir con una anastomosis esofagogástrica, en un megaesófago, el mecanismo defensivo contra el reflujo.

Estas tres observaciones inéditas, son las que traigo hoy a esta Sociedad como homenaje a mis distinguidos colegas y amigos uruguayos.

Esta cirugía de la interposición yeyunal en la esofagitis péptica es de excepción; pero estas tres observaciones nos han enseñado que el yeyuno interpuesto es un eficaz esfínter contra el reflujo. Nuestros tres enfermos están libres de síntomas y no siguen ningún tratamiento medicamentoso o dietético.

Las historias clínicas resumidas son las siguientes:

HISTORIA CLÍNICA Nº 19.520.— R. O., 14 años, sexo femenino. Ingreso: 15-VIII-60. Sietemesina, única hija. Hasta los 2 años de edad vomitaba con toda facilidad. Lloraba toda la noche y se calmaba levantándola. A los 6 años comenzó a sufrir de dolor epigástrico y a los 7 años de dificultad para el pasaje de alimentos sólidos. No le dieron importancia. A los 9 años apendicectomía. A los 10 años la disfagia se acentuó, teniendo que recurrir a líquidos para pasar la comida.

La disfagia la sentía en la base del cuello. Desde hace un año y medio dolor epigástrico, a veces retroesternal, irradiado al dorso; acidez gástrica que llega hasta la base de lengua, sobre

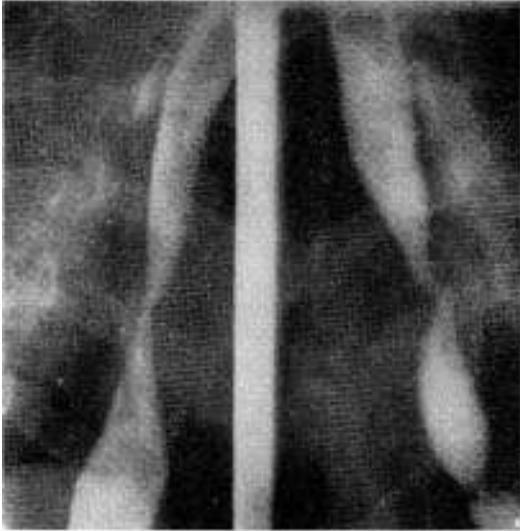


FIG. 1.—Historia Clínica N° 19.520. Úlcera de Barrett en tercio medio de esófago y sin hernia hiatal: en agosto de 1960 se hizo gastrectomía Pean con vagotomía.

todo nocturna, regurgitaciones ácidas, y a veces vómitos de color café. Se alivia sentándose en la cama. Hace quince días deposiciones negras (melenas). Muy constipada.

Examen.—Hábito asténico. Dolor en abdomen inferior, cicatriz Mc Burney.

Figura 1: Estenosis en la parte media del esófago.

Esofagoscopia (23-VIII-1960): Faringitis y esofagitis. A 32 centímetros sobre cara posterior

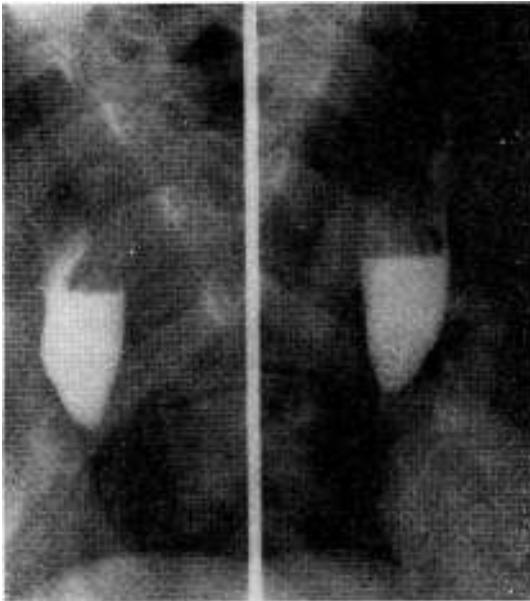


FIG. 2.—Historia Clínica N° 19.520. La úlcera de Barrett de la figura anterior, después de la gastrectomía, estenosis total.

de esófago: ulceración con bordes papilomatosos.

Biopsia: Esofagitis crónica.

23-VIII-1960: Primera operación. Incisión abdominal. No hay hernia hiatal. Gastrectomía subtotal amplia (dejando dos vasos cortos), y vagotomía. Anastomosis Pean. Gastrostomía descompresiva con sonda de Kehr.

La evolución no fue favorable. En noviembre debemos internarla en afagia y muy mal estado general: las radiografías muestran una obstrucción esofágica total (fig. 2).

8-XI-1960: Segunda operación. Toracotomía con resección de octava costilla izquierda, se encuentra fibrosis esofágica e intensa periesofagitis, el hiatus diafragmático es normal y no hay hernia. La estenosis esofágica muy cerrada apenas dejaba pasar un estilete. Resección esofágica con anastomosis esofagoyeyunal en Y de Roux. El muñón de gastrectomía se anastomosó al ansa ascendida al tórax. Postoperatorio satisfactorio.

El estudio histológico mostró tratarse de una úlcera sobre epitelio cilíndrico, el cual era asiento de esofagitis y se extendía tapizando toda la altura de la pieza resecada (úlcera de Barrett). La figura 3 muestra la interposición yeyunal.



FIG. 3.—Historia Clínica N° 19.520. El caso anterior de úlcera de Barrett después de la resección esofágica y de la interposición yeyunal a lo Allison con anastomosis gástrica. 1: El segmento yeyunal. 2: El pequeño muñón gástrico.

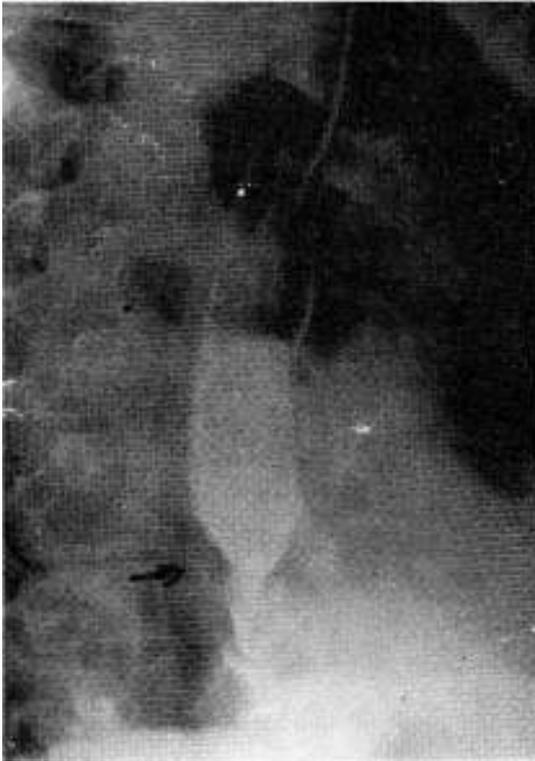


FIG. 4.—Historia Clínica N° 20.217. El enfermo se internó trayendo esta placa radiográfica presuntiva de neoplasia.

HISTORIA CLÍNICA N° 20.217.— J. M., 69 años, sexo masculino, chileno. En 1956 estuvo internado por un padecimiento disfágico de tres meses de evolución. Buen bebedor y parece que no ha vuelto a sufrir hasta hace un año, en que comienza con disfagia para los sólidos,

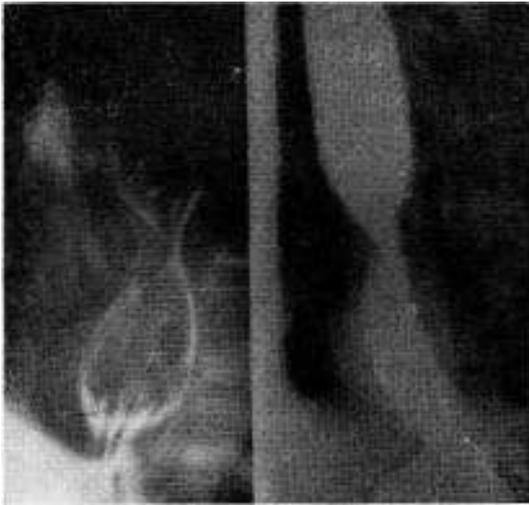


FIG. 5.—Historia Clínica N° 20.217. El enfermo de la placa anterior, con un mejor estudio radiológico, que muestra una estenosis esofágica a 10 cm. del diafragma y una hernia hiatal por deslizamiento con esófago corto.

que se hace progresiva hasta que en los últimos cuatro meses pasa sólo líquidos y papillas. Perdió 5 kg. de peso, debilidad general.

Examen físico.— Sujeto que ha sido robusto, esténico. Examen físico general: negativo. Trae una placa radiográfica que muestra una estenosis circunscrita en el tercio inferior de esófago (fig. 4). En un nuevo estudio radiográfico se comprueba una estenosis esofágica a 10 centímetros por encima del diafragma y una dilatación ampular por debajo, correspondiente a una hernia por deslizamiento gástrico con esófago corto (fig. 5). Discreta anemia; glóbulos rojos, 3.200. Hanger positiva cuatro cruces. Proteínas totales, 5,60% (albúmina, 3,90; glubulina, 1,70). Esofagoscopia: a los 32 centímetros, sobre la pared lateral izquierda y posterior del esófago, se observa un mamellón redondeado como una cereza, ligeramente sangrante. Biopsia: esofagitis crónica muy vascularizada.

Operación (enero de 1962).— Toracotomía sobre la novena costilla izquierda. Esófago corto con estenosis fibrosa y periesofagitis, hernia del hiatus. Resección del segmento esofágico estrecho, en cuyo interior presentaba una úlcera callosa. Interposición yeyunal a lo Merendino. Píloroplastia y gastrostomía descomprensiva con sonda de Kehr. Postoperatorio sin incidentes (fig. 6).

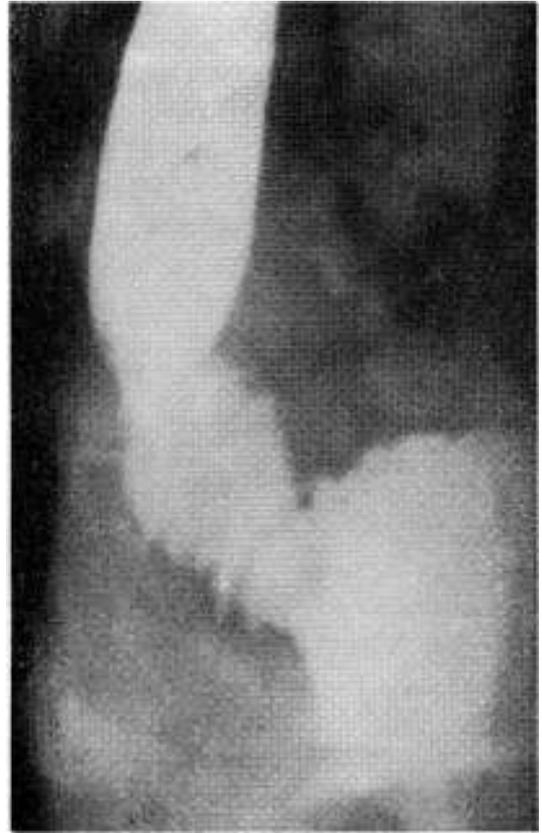


FIG. 6.—Historia Clínica N° 20.217. El enfermo de la placa anterior, después de resacada la úlcera péptica de la juntura y restablecida la continuidad con interposición yeyunal a lo Merendino.

HISTORIA CLÍNICA N° 20.595.—P. de S., 54 años, sexo femenino. Se interna en Instituto Gral. San Martín en el mes de febrero de 1964, por dolor, acidez y regurgitaciones retroesternales.

Su padecimiento se remonta a 1942, en que comienza con dolores abdominales y vómitos alimentarios postprandiales, con sensación de nudo en la garganta, detención del bolo alimentario que tenía que devolverlo. Fue tratada por su sistema nervioso. En 1948 se le diagnosticó megaesófago y fue operada en febrero de 1949; se le efectuó una toracotomía izquierda y esofagogastrostomía cardioplástica, tomando 4 cm. sobre el esófago y otros tantos sobre el fundus; se suspendió el estómago a la pleura mediastínica. Postoperatorio: sin particularidades. (Este protocolo fue cedido gentilmente por el Dr. Velasco.)

Su peso habitual era de 63 kg., y cuando fue intervenido pesaba 42 kg.; después de esta operación desapareció la disfagia, pero no los dolores, que persistieron en forma intermitente, presentándose todos los meses durante dos o tres días y sin relación con las comidas. El dolor comienza a la altura del apéndice xifoides, se irradia hacia arriba, hacia el cuello, espalda y tórax (como si estuviese comprimida). Este dolor es intenso, dura de 10 a 15 minutos, y se alivia boja abajo con las manos comprimiendo el epigastrio. No se alivia comiendo.



FIG. 7.—Historia Clínica N° 20.595. Esofagitis grave en megaesófago, secundaria a anastomosis esofagogástrica intratorácica.



FIG. 8.—Historia Clínica N° 20.595. La enferma de la placa anterior, después de la resección de la anastomosis y del restablecimiento de la continuidad con interposición yeyunal a lo Merendino.

Desde hace cinco años se ha agregado a sus dolores periódicos acidez y quemazón retroesternal que llega hasta la garganta y se produce únicamente en posición acostada, debiendo recurrir a la posición semisentada para aliviarse y poder dormir.

Desde hace seis meses, la quemazón nocturna y en posición decúbito es permanente, acompañándose de regurgitaciones y ha tenido que aumentar el número de almohadas a tres para aliviarse.

Examen físico y complementario.—Sin mayores particularidades. Presión arterial: 170/120, trae estudio radiológico por el Dr. Pablo García Sigüero que muestra un megaesófago, en forma de sigma sobre el diafragma con el segmento de estómago intratorácico anastomosado (fig. 7).

Operación (20-II-64).— Toracolaparatomía sobre octava costilla izquierda, se libera el megaesófago y el estómago herniado, resección esofagogástrica comprendiendo la anastomosis y el polo superior del estómago: interposición de una asa yeyunal de 30 cm. entre esófago y estómago a lo Merendino; piloroplastia, gastrotomía descompresiva.

Protocolo histopatológico.— En las últimas porciones del esófago se aprecia intenso edema y vasocongestión, el epitelio no mostró lesiones de tipo ulceroso como tampoco ectopia de mucosa gástrica.

Control radiológico postoperatorio.— Se observa correcto funcionamiento de las anastomosis esofagoyeyunogástrica. No se comprueba reflujo (informado por el Dr. Valenzuela) (fig. 8).

SUMARIO

1) El autor revisa las formas clínico-patológicas de la esofagitis péptica para evitar la confusión en el procedimiento quirúrgico a adoptarse.

2) Se presentan 3 casos inéditos de interposición yeyunal en la esofagitis péptica grave. El primer enfermo tenía una úlcera de Barrett, el segundo una úlcera péptica crónica con estenosis de la juntura esofagogástrica, y el tercero padecía de esofagitis grave secundaria a una anastomosis esofagogástrica transtorácica para tratar un megaesófago.

3) Esta pequeña experiencia, sin mortalidad, se considera cirugía de excepción, pero de extraordinaria eficacia en los pocos enfermos que presenten una estenosis péptica irreversible o que por cualquier causa hayan sufrido la destrucción quirúrgica del mecanismo esfinteriano del esófago inferior.

RÉSUMÉ

1) L'auteur examine les formes cliniques-pathologiques de l'œsophagite peptique afin d'éviter la confusion dans le procédé chirurgical à adopter.

2) On présente 3 cas inédits d'interposition jéjunale à l'œsophagite peptique grave. Le premier malade avait une ulcère de Barrett, le second une ulcère peptique chronique avec sténose de la jointure œsophagogastrique, et le troisième souffrait une œsophagite grave secondaire à une anastomose œsophagegastrique transthoracique pour traiter un mégacœsophage.

3) Cette petite expérience, sans mortalité, est considérée une chirurgie d'exception, mais d'une extraordinaire efficacité dans le nombre réduit de malades présentant une sténose peptique irréversible ou que, par une cause quelconque aient subi la destruction chirurgicale du mécanisme sphinctérien de l'œsophage inférieur.

SUMMARY

1) The author reviews the clinicopathological forms of peptic esophagitis, so as to avoid confusion when adopting a surgical procedure.

2) Three unpublished cases of jejunal intercalation in severe peptic esophagitis are presented. The first patient had Barret's ulcer, the second one a chronic peptic ulcer with stenosis of the esophageal-gastric joint, and the third suffered from severe esophagitis, secondary to transthoracic esophageal-gastric anastomosis performed for the treatment of a megaesophagus.

3) These few cases without mortality are considered surgically exceptional, but of extraordinary effects in the reduced number of patients which present an irreversible peptic stenosis or those which, for whatever reasons, have suffered the surgical destruction of the sphincterian mechanism of the lower esophagus.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRETT, N. R. Chronic peptic ulcer of the oesophagus and oesophagitis. *Brit. J. Surg.*, Bristol, 38: 175-82, 1950.
2. BARTLETT, M. FAXON, H. y WADDEL, W. Treatment of reflux esophagitis with stricture. *New Eng. J. Med.*, Boston, 262: 551-57, 1960.
3. BOCKUS, H. *Gastroenterology*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1963.
4. CROSS, F. S., SMITH, G. V. y KAY, E. B. The surgical treatment of peptic esophagitis. *J. Thorac. Cardiovas. Surg.*, St. Louis, 38: 798-813, 1959.
5. ETALA, E. Comunicación personal.
6. FOSTER, E., ERNY, J. y otros. Deux observations d'anastomose continent œsogastrique pour méga-œsophage. *Mem. Acad. Chir.*, Paris, 89: 166-69, 1963.
7. GOLDMAN, M. C. y BECKMAN, R. C. Case report with discussion about concepts of Pathogenesis. *Gastroenterology*, Baltimore, 39: 104-10, 1960.

8. HELSINGEN, N. Oesophagitis following total gastrectomy. *Acta Chir. Scand.*, Stockholm, 273: 5-21, 1961.
9. HILLEMAND, P., ROUX, A. y otros. L'ulcère de l'œsophage. *Sem. Hop. Paris*, 36: 132-49, 1960.
10. HOLT, J. C. y LARGE, A. M. Surgical management of reflux esophagitis. *Ann. Surg.*, Philadelphia, 153: 555-62, 1961.
11. KOSKAS, R., JEDIDI, R. y BOUZAYEN, A. Résection œsophago-gastrique suivie d'anastomose continente pour méga-œsophage apres échec d'un Heller. *Mem. Acad. Chir.*, Paris, 89: 159-62, 1963.
12. MAINETTI, J. M. y ARIAS, A. Hernia esofagogastrica con esófago corto y esofagitis. Congreso argentino de cirugía, 29, 1958, 2: 94.
13. MERENDINO, K. A. y DILLARD, D. H. The concept of sphincter substitution by an interposed jejunal segment for anatomic and physiologic abnormality of the esophagogastric junction. *Ann. Surg.*, Philadelphia, 142: 486-509, 1955.
14. En HARKINS, H. y NYHUS, L. Surgery of the stomach and duodenum. Gran Bretaña, Little Brown, 1962. 736 p.
15. MOERSCH, R. N., ELLIS, F. H. y Mc DONALD, J. R. Pathologic changes occurring in severe reflux esophagitis. *Surg. Gynec. Obstet.*, Chicago, 108: 476-87, 1959.
16. MULLER BOTHA, G. S. The gastroesophageal junction. Gran Bretaña, Little Brown, 1962.
17. PAYNE, W., ANDERSEN, H. A. y ELLIS, F. H. The treatment of short esophagus with esophagitis by gastric drainage procedures with and without vagotomy. *Surg. Gynec. Obstet.*, Chicago, 116: 523-28, 1963.
18. -----, -----, ----- Reappraisal of esophagogastric resection and antral excision in the treatment of short esophagus. *Surgery*, St. Louis, 55: 344-48, 1964.
19. RAMOS MEJÍA, M., D'ALLOTO, B. y otros. Esofagitis por reflujo. Congreso argentino de gastroenterología, 4º, Salta, 1957. (En: *Día Médico*, v. 29, Nº esp. Nov.), p. 70-5.
20. RIPLEY, H. R., OLSEN, A. y KIRKLIN, J. Esophagitis after esophagogastric anastomosis. *Surgery*, St. Louis, 32: 1-9, 1952.