

Estenosis esofágicas benignas * **

A propósito de 13 casos operados

Dr. LUIS A. PRADERI ***

Aunque respondiendo a diversas etiologías, la estenosis esofágica no neoplásica tiene varios aspectos comunes que son de interés analizar:

- 1) Procedimientos de diagnóstico.
- 2) Mecanismos fisiopatológicos en la producción de la estenosis.
- 3) Técnicas y tácticas quirúrgicas.

Es con este fin que hemos reunido esta serie personal de 13 enfermos tratados quirúrgicamente en un período comprendido entre 1963 y 1967.

En el cuadro I los hemos agrupado según la afección causal; destacándose un amplio predominio de hernias hiatales. Los otros casos corresponden a malformación cardiofúndica de estrecho parentesco con las hernias hiatales dado que tiene de común el reflujo gastroesofágico; una estenosis postoperatoria con hernia hiatal y dos casos de acalasia con megaesófagos de primer grado.

También sumamos a esta serie un caso de diafragma mucoso que corresponde a una entidad y un mecanismo etiopatogénico totalmente distinto a los anteriores.

Excluimos los casos no tratados quirúrgicamente y otros operados mediante el procedimiento de Lortat-Jacob antes de 1963.

CUADRO I

Estenosis esofágicas benignas tratadas quirúrgicamente

I) Hernias hiatales:	
Por deslizamiento	7 casos
Por rotación	1 caso
II) Estenosis postoperatoria de Allison ..	1 caso
III) Malformación cardiofúndica	1 caso
IV) Acalasia	2 casos
V) Membrana esofágica inferior	1 caso

I) HERNIAS HIATALES

Por deslizamiento.

En su cuadro clínico habitual no figura la disfagia como síntoma, su presencia habla en favor de estenosis por esofagitis.

Es interesante destacar la frecuencia del síndrome de estenosis motivado por esofagitis de reflujo en el total de hernias diafragmáticas operadas.

—Hernias por deslizamiento sin estenosis	26
—Hernias por deslizamientos con estenosis reversible .	3
—Hernias por deslizamientos con estenosis irreversible (1 caso de úlcera de Barret)	4
—Hernias por rotación paraesofágicas:	
Sin estenosis	3
Con estenosis	1
—Malformación cardiofúndica	2

Total 39 casos

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. Abel Chifflet.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de noviembre de 1967.

*** Profesor Adjunto de Cirugía.

Los 7 casos aquí considerados tienen de común el síndrome disfágico, traducido radiológicamente en 3 casos por estenosis reversibles y en 4 casos por estenosis fibrosa, severa o irreversible.

Debemos aclarar que todos los casos fueron tratados previamente a la intervención con antiespasmódicos, tratamiento postural y en 8 casos se realizaron dilataciones endoscópicas que resultaron infructuosas en tiempos que oscilaron de 3 meses a 11 años.

Llamamos *estenosis reversible* a aquella que clínicamente se manifiesta por una disfagia no total que permite el alimento blando y que radiológicamente se traduce por una estenosis regular, más o menos extendida, sin límites netos y que no obstruye considerablemente la luz del órgano.

Endoscópicamente sólo muestran esofagitis de grados diversos.

Son estenosis cardiales y pericardiales en hernias por deslizamiento cuya única interpretación patogénica es la esofagitis.

Creemos que este tipo de estenosis si bien se puede tratar por bujinado, no hacemos más que facilitar el reflujo, aumentar por consiguiente la esofagitis y sólo postergar el tratamiento etiológico y definitivo.

Barret en reciente trabajo dice así: "Los endoscopistas que ven una estenosis y proceden a dilatarla sin ocuparse de la causa, están destruyendo el intento de la naturaleza en limitar el ascenso de la esofagitis".

"Están bien indicadas las dilataciones en las estenosis por ingestión de corrosivos, pero no en las debidas a reflujo."

El primer paso es por lo tanto prevenir el reflujo y el segundo actuar sobre la estrictura.

Hasta hace pocos años la hernia del hiato esofágico por deslizamiento se interpretaba como una hernia y se trataba de curar como tal, reintegrando el contenido y cerrando la brecha diafragmática.

Actualmente los fracasos de la técnica y el mejor conocimiento de la fisiopatología de esta afección, han hecho cambiar radicalmente su enfoque; lo que domina la escena es la existencia de reflujo con o sin esofagitis.

El síndrome de reflujo tiene traducciones clínicas muy variadas y aun difíciles de explicar; al parecer en su persistencia y

constancia esta es la explicación de las estenosis esofágicas, pues no toda esofagitis de reflujo evoluciona a la fibrosis y menos aun determina signos de disfagia.

El procedimiento de Nissen de la funduplicatura gastroesofágica, sobre el que ya hemos presentado hace un año una comunicación a esta Sociedad, corrige en forma definitiva el reflujo. Su realización fácil, sin mayores riesgos y los buenos resultados obtenidos, nos inclinan a ampliar las indicaciones quirúrgicas de la hernia hiatal.

En estos 3 casos nos limitamos pues a corregir el reflujo mediante la funduplicatura por vía abdominal; uno de ellos se trataba de una niña de 4 años (Larrosa) que sufría desde el nacimiento de episodios de regurgitaciones, vómitos y disfagia que duraban 10-15 días, aumentando sus sufrimientos los últimos 6 meses. Fue tratada médicamente y con dilataciones durante 4 meses sin resultado. La sola realización de la funduplicatura de Nissen curó a la enferma.

Es decir, que la supresión del reflujo mejora rápidamente la disfagia.

En otro de los casos se empleó la arteriografía celíaca como procedimiento para reconocer la situación cardial y su tipo congénito o adquirido.

Los otros 4 casos corresponden a estenosis fibrosas casi totales, que sólo permitían el paso de líquidos por estrechos desfiladeros, con gran dilatación esofágica supraestructural.

Relatemos rápidamente los hechos más salientes de este grupo.

PRIMER CASO.—R. C., 66 años. Historia de 3 años de evolución; gastritis hemorrágica por tratamiento de su bacilosis pulmonar izquierda, con instalación de reflujo, hernia hiatal y un cardias ectópico muy alto.

Las dilataciones practicadas durante años la mejoraban transitoriamente; su ineffectividad, el mal estado general y la gran desnutrición llevaron a indicar la gastrostomía con la que vive 3 años.

Cansada de la situación pide la solución quirúrgica; le practicamos la resección esofagogastrica con anastomosis terminolateral tipo Sweet. Evoluciona bien al principio, luego la persistencia del reflujo crea una estenosis secundaria a nivel de la neoboca que le permite sólo la alimentación blanda. Vivió en esta situación 4 años y fallece por accidente vascular cerebral.

SEGUNDO CASO.—L. P. S., 73 años. Diez años de disfagia que sólo permitían paso de líquidos. No se realizan dilataciones. Se interviene practicando resección y anastomosis tipo Sweet. Evoluciona bien 2 años con régimen libre, al cabo de los cuales nueva disfagia y empeoramiento general. Se comprueba carcinomatosis peritoneal falleciendo. Se estudia nuevamente la pieza operatoria de la primera intervención, confirmándose la ausencia de tumor. Se interpreta como neoplasma en estómago residual. Caso poco frecuente.

TERCER CASO.—M. C., 54 años. Años de disfagia importante. Las dilataciones no mejoran la situación.

Etilista importante. Se practica resección y anastomosis tipo Sweet. El estudio de la pieza confirma el diagnóstico endoscópico, que muestra una ulceración en la estenosis, tipo úlcera de Barret, es decir en mucosa gástrica ectópica.

Este enfermo lleva 3 años de operado y se encuentra bien sin disfagia.

CUARTO CASO.—J. C. A., 58 años. Registro N° 264.643, H. de Cl. Ocho años de disfagia, cinco secciones de dilataciones que mejoraron transitoriamente. Desde hace 5 meses disfagia prácticamente total.

El estudio radiológico y endoscópico muestra estenosis cardial fibrosa severa.

En la intervención se confirma el diagnóstico de cardias estenosado por esofagitis y periesofagitis. La hernia es pequeña y poco manifiesta. Se practica gastrotomía en la cámara gástrica para explorar la luz y se intenta realizar la cardiomiectomía, abriéndose la mucosa dada la ausencia de plano submucoso. Se amplía la sección mucosa y se cierra la brecha longitudinal en sentido transversal en dos planos. Luego sobre la sutura se opone la cámara gástrica a la pared esofágica por dos líneas de puntos anterior y posterior, rehaciéndose el ángulo de His.

Este enfermo en el postoperatorio hizo una fístula esofágica que cerró espontáneamente en pocos días.

A los 5 meses de la intervención se encuentra bien, sin disfagia ni signos de reflujo.

El tratamiento realizado en los 3 primeros fue evidentemente defectuoso, pues extirpó la zona cardial fibrosada, pero dejó una anastomosis esofagogástrica también incontinente, por lo cual se expone a recidiva estenótica, que ocurrió en un caso.

Esta experiencia reducida nos permite afirmar que el tratamiento quirúrgico ideal no es la exéresis, son procedimientos más riesgosos, es más cirugía y exponen a la fístula postoperatoria o a la estenosis de reflujo. Creemos más provechosos los procedimientos de cardioplastia, siempre que agreguen al Heineke Miculiez por ejemplo, la reconstrucción del ángulo cardiotuberositario para impedir el reflujo.

Thal, en 1965, publica los resultados experimentales de un nuevo método de reconstrucción de la unión esofagogástrica, que soluciona simultáneamente los dos problemas de estos enfermos: *obstrucción* y *reflujo*.

En 1967, Rechard, Andreassen y Lortat-Jacob publican los resultados de la operación de Thal en 12 estenosis ulceradas del esófago inferior y la reconocen como el mejor procedimiento.

Lo reciente de esta publicación explica el porqué aún no la hemos realizado. Su fundamento es la abertura amplia de la estenosis mediante cardiectomía longitudinal y manteniéndola desplegada a ponerle la tuberosidad gástrica, en tal forma que la pared del estómago (con su superficie serosa hacia la luz) sirve como cierre provisorio de la brecha hasta que al cabo de 2 meses se construye sobre esa superficie un revestimiento malpighiano (control experimental).

Aun sin haberlo realizado, la sencillez del procedimiento, su fundamento fisiopatológico y la seguridad que hace muy difícil la aparición de fístulas en la sutura, nos hacen firmes partidarios.

Por rotación o paraesofágica.

Este caso tiene también sus particularidades; se trataba de una enferma de 60 años, que padecía sufrimientos hepato biliares desde hacía largo tiempo. Durante una estadía en el Brasil es estudiada exhaustivamente, comprobándose la presencia de una hernia paraesofágica, litiasis biliar y diverticulitis sigmoidea configurando la tríada de Saint.

A su vuelta a Montevideo, la veo con intensos sufrimientos abdominales e importante repercusión general que atribuyo al síndrome anémico que suele acompañar a las hernias diafragmáticas.

En la intervención confirmo los diagnósticos antedichos, pero además aparece un neoplasma de antro gástrico, que ocupaba justamente la zona volvulada y herniada del estómago. Le practiqué una gastrectomía subtotal ensanchada y colecistotomía. La resección gástrica y el descenso del estómago con fijación al yeyuno para constituir la neoboca fue suficiente para corregir el desplazamiento gástrico. No creí conveniente realizar ninguna cirugía sobre la brecha diafragmática.

Esta enferma evolucionó bien durante un año y medio, falleciendo luego por carcinomatosis.

Si bien no constituye una verdadera estenosis, sino una compresión extrínseca del esófago por la bolsa gástrica, me pareció útil incluirla en esta serie, pues muestra como a pesar de un exhaustivo estudio radiológico pueden ignorarse lesiones de gravedad, por las distorsiones que se crean en el estómago herniado.

Además la gastrectomía actuó como un procedimiento de pexiadado que ancló el estómago superior al yeyuno y con la anastomosis se mejoró la evacuación gástrica.

II) ESTENOSIS POSTOPERATORIA DE OPERACION DE ALLISON

Se trata de un niño de 4 años de edad al que se le practicó el procedimiento de Allison (vía torácica) para corregir una hernia hiatal por deslizamiento. Al mes de la intervención comenzó con disfagia intensa, confirmándose en el estudio radiológico la existencia de una estenosis cardial y esofágica inferior.

Fue tratado infructuosamente por dilataciones.

Nos decidimos a intervenirlo realizándole una nueva toracotomía; creímos imprescindible emplear el abordaje torácico dada la periesofagitis sin duda existente. La intervención fue laboriosa por las adherencias de la intervención anterior que dificultaban la liberación del esófago, ya de por sí muy delicada en el niño.

Completamos la liberación esqueletizando la parte alta del estómago, previa abertura del diafragma y el anillo esofágico.

Para topografiar la estenosis y conocer su magnitud realizamos una gastrotomía sobre la tuberosidad y por ella introdujimos el dedo comprobando una estenosis severa a 3 cm. del diafragma.

Se pasó una sonda por la nariz al esófago, que ayudada por la palpación desde el lado distal, pudimos hacerla sortear la estenosis; luego con ella como conductora logramos pasar una gruesa sonda Nélaton en sentido retrógrado creando así una dilatación amplia y controlada.

Luego cerramos el estómago y realizamos la funduplicatura de Nissen, en-

volviendo la zona estenótica. Como sin duda se trataba de un cardias ectópico alto, imposible de descender al abdomen, nos vimos obligados a dejar la funduplicatura en el tórax.

Este niño lleva varios meses de operado, se ha corregido la estenosis, no hay reflujo clínico ni radiológico y se alimenta normalmente sin ninguna limitación.

En suma: El procedimiento de Allison puede dejar estenosis muy severas y no puede realizar en el esófago corto adquirido. La dilatación de la estenosis puede realizarse por vía retrógrada por gastrotomía durante el acto operatorio y teniendo a la vista y liberado el esófago, lo que nos pone a cubierto de cualquier falsa ruta.

La funduplicatura corrige el reflujo, mejora la esofagitis y evita la reaparición de la estenosis aunque quede situada en el tórax; caso obligado de los esófagos cortos.

Este último lo hemos comprobado en varios casos de nuestra serie de operaciones de Nissen en H.H. simples, como ya lo señalamos en trabajos anteriores.

III) MALFORMACION CARDIOFUNDICA

Con este término Lortat-Jacob agrupa un síndrome, ya descrito antes por Montezuma de Carvalho, caracterizado por esofagitis sin hernia radiológica ni operatoria.

El reflujo con la consiguiente esofagitis puede ser motivada por diversas causas: incompetencia de la fijación francoesofágica, bridas peritoneales y defectos de fijación frenogástrica de la tuberosidad y por lipomatosis del ángulo cardiotuberositario de His, causa esta última que no hemos encontrado señalada en la literatura y de la cual poseemos dos casos.

Esta entidad traducida clínicamente por reflujo y esofagitis se acerca a los numerosos casos donde hay dudas radiológicas de la existencia de hernia hiatal. Creemos que la demostración o no de la hernia es un dato que pierde valor, cada día, desde el momento que es la esofagitis lo primordial para adoptar la terapéutica; es decir que las hernias grandes cuando no se acompañan de esofagitis no tienen indicación quirúrgica, por lo contrario las esofa-

gitis con hernias pequeñas, difícilmente demostrables o aun sin hernia deben ser operadas.

El caso que integra esta serie presentaba una intensa esofagitis de reflujo, sin hernia y con disfagia. Fue tratada por el procedimiento de Nissen de funduplicatura vía abdominal corrigiendo de inmediato el reflujo según control clínico y radiológico y mejorando hasta desaparecer su disfagia.

El reflujo puede preceder en el tiempo a la hernia por deslizamiento; este hecho sobre el cual insisten autores como Benedict y Gillespie refuerza el concepto etiopatogénico y la conducta terapéutica de tratar el reflujo primordialmente.

IV) ACALASIA

Hemos tratados dos casos por el mismo procedimiento quirúrgico, se trata de un hombre de 35 años de edad y una mujer de 56.

Ambos casos fueron tratados mediante dilataciones que resultaron infructuosas.

El número de casos es muy pequeño para establecer conclusiones.

Pesquisamos en todos los casos la coexistencia de neoplasma gástrico (15 a 20 % Dick-Tubrujen, 1965) de ulcus duodenal o de hipertonia pilórica que retrasan la evacuación gástrica.

En ninguno de los casos el grado de megaesófago era marcado, de allí que no fue necesario prepararlos médicamente mediante lavado esofágico. El estasis esofágico y la esofagitis eran moderados.

No he de referirme a los numerosos problemas de esta afección, sobre la cual no hay aún acuerdo en su denominación, sólo destacaré como conclusiones:

1) El tratamiento quirúrgico debe ser precoz antes de constituirse serias lesiones de esofagitis, y de atonía irreversible en la pared esofágica. Según Lortat-Jacob en su estadística de 205 casos operados (1963) el tratamiento de esta afección es únicamente quirúrgico. Para Wagensteen cuando fallan uno o dos intentos de dilatación se debe ir a la cirugía. La evacuación con bujías es poco frecuente.

2) El procedimiento más indicado es el Heller con el que se consigue el 97 % de resultados favorables.

3) La vía de abordaje puede ser abdominal o torácica; elegimos esta última, pues repitiendo la opinión de Valdoni, es la única que nos permite hacer la cardiectomía de Heller completa. Los fracasos de Heller son debidos al empleo de la vía abdominal, lo que impide realizar la técnica con toda la comodidad necesaria, más aun admitiendo que la zona de estenosis no es la unión cardioesofágica, sino como dice Allison el túnel diafragmático y el sector torácico inferior. Es el abordaje alto que nos permitirá la sección total de las fibras musculares sin abrir la mucosa, lo que expone a fístulas y comprobar su herniación.

4) En los dos casos hemos realizado no sólo la sección muscular, sino la resección de una banda a la manera de Köle (miomectomía) para evitar la futura unión de las fibras musculares.

5) Según Cole y Ellis (1965) el reflujo aparece luego de la operación de Heller entre 5 y 40 % de los casos, pudiendo terminar en esofagitis péptica o estenosante.

Hemos tenido especial cuidado en el curso de la operación en no seccionar los neumogástricos y los ligamentos freno-esofágicos (Cole y Ellis). Pero además respetamos el hiato muscular diafragmático; realizamos la frenotomía sin alcanzar el anillo muscular y luego practicamos una reconstrucción del ángulo de His a la manera de Lortat-Jacob, es decir con dos líneas de sutura anterior y posterior seroserosas uniendo la cámara gástrica a los bordes del músculo seccionado. De esa manera reconstruimos el ángulo y protegemos la zona que ha quedado desprovista del plano muscular con la cámara gástrica.

Para marcar el ángulo, pasamos las riendas que rodean al esófago en el tórax, a través del hiato diafragmático al abdomen y luego traccionamos a la manera de Nissen, se facilita la reconstrucción y la sutura.

6) En 1958 el Dr. Rubio se ocupó de este tema y presentó dos observaciones a esta Sociedad, destacando dos puntos que los hacemos nuestros pues creemos son muy importantes: a) conservar o restaurar el mecanismo cardial perturbado, evitando válvulas cardiales no continentales; b) coexistencia de acalasia o megaesófago con hernia hiatal.

Con respecto a este último creemos que cada día se hace más difícil diferenciar entidades que tienen un denominador común como es la estenosis y la esofagitis.

7) No hemos realizado como tiempo complementario la piloroplastia, aunque creemos que puede estar indicada para facilitar la evacuación gástrica o para evitar las consecuencias si se han lesionado los neumogástricos en el acto operatorio.

V) MEMBRANA ESOFAGICA

Hemos intervenido un caso, motivo de una reciente publicación a esta Sociedad.

La ausencia de hernia hiatal, de acalasia y de antecedentes de ingestión de cáusticos en un enfermo de 25 años de edad, que padecía episodios de disfagia desde los 4 años, nos llevó a presumir la existencia de una membrana en la unión del tercio medio e inferior del esófago, que aparecía como un hecho constante en todas las incidencias del estudio radiológico.

La confusión de conceptos y de nomenclatura sobre la membrana, o anillo de Schatzki o Web, se aclara con el trabajo de Bugden y Delmónico (1956) sobre los dos primeros casos tratados quirúrgicamente.

Estos autores destacan dos hechos de valor: a) la ausencia de alteración de la superficie externa del esófago, dado que se trata de una formación mucosa; b) la gastrotomía como forma de topografiar la membrana en el acto operatorio.

En base a estos conceptos y a la altura de la lesión decidimos realizar una toracotomía derecha y la esofagoscopia intraoperatoria para practicar la abertura del órgano en el preciso lugar. La intervención fue sencilla y rápida, se resecó la membrana y se cerró la esofagotomía longitudinalmente.

La clínica y los estudios radiológicos probaron la curación definitiva de este paciente, luego de 21 años de tratamiento médico y endoscópico infructuoso.

CONCLUSIONES ETIOPATOGENICAS

1) Hemos presentado varios casos de E.E. benignas cuya causal predominante es la esofagitis por reflujo.

El jugo gástrico puede aparecer sobre el cardias por dos mecanismos: relajación cardial (con o sin H.H.) o vómitos excesivos. Todas las afecciones que lo determinan pueden crear esofagitis (afecciones biliares, estenosis pilórica, embarazo, úlcera gastroduodenal, situaciones operatorias).

2) Creemos que debe usarse el término esofagitis por reflujo en lugar de esofagitis péptica, dado que se ha probado su producción por reflujo de líquidos alcalinos.

3) La aparición de estenosis está condicionada a la continuidad del reflujo. Cuando el reflujo es intermitente no aparece esofagitis.

4) El reflujo puede existir por diversas causas con o sin hernia hiatal y aun se han descrito en nuestro medio consecutivos a desplazamientos extrínsecos de la región cardiotuberositaria por hidatidosis (Dr. Bermúdez).

5) Según señala Benedict la hernia hiatal podría desarrollarse en una segunda etapa de enfermos que ya padecen reflujo, condicionando su aumento y la aparición de esofagitis.

CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS

1) Frente a una estenosis esofágica el primer punto es descartar la naturaleza neoplásica. Generalmente puede lograrse en el preoperatorio mediante radiología y biopsia. Si quedaran dudas es imprescindible realizar la biopsia intraoperatoria.

2) El segundo punto es confirmar por radiología y esofagoscopia la existencia o no de reflujo sospechado por la clínica.

Establecer su intensidad y su continuidad o intermitencia son de gran valor para la conducta terapéutica.

3) En presencia de reflujo la existencia o no de hernia hiatal es de valor secundario. Tiene utilidad su conocimiento para el procedimiento quirúrgico.

4) Importa precisar el grado de estenosis y la alteración reversible o no de las lesiones. Debe diagnosticarse el esófago corto adquirido.

5) Existen casos en que la radiología y la endoscopia no son concluyentes o no concuerdan para realizar diagnóstico diferencial entre acalasia o cardiospasmos y estenosis en cardias ectópico (1 caso de la serie). En estas situaciones la exploración quirúrgica puede dilucidarlo.

CONCLUSIONES TERAPEUTICAS

(Ver cuadro II)

1) El tratamiento médico y las dilataciones no son el primer paso sistemático en las estenosis benignas.

Hay situaciones en que la cirugía debe ser el primer procedimiento terapéutico (estenosis fibrosas irreversibles con mani-fiesto reflujo).

2) El cirujano debe orientar su procedimiento a corregir dos aspectos: a) la estenosis; y b) el reflujo.

Creemos que son inseparables; la corrección de la estenosis, si el reflujo persiste lleva fatalmente a la recidiva de la estrechez.

Los procedimientos de resección de la zonaestenótica seguidos por anastomosis esofagogástrica, que mantienen el reflujo (operación tipo Sweet Ellis o interposición de delgado o colon) deben ser proscriptos como solución a este problema.

Los malos resultados de tres de nuestros casos más severos se deben a este procedimiento equivocado.

3) Cuando las estenosis no son inveteradas y fibrosas bastará solamente con la corrección del reflujo, para el que proponemos por sus grandes ventajas, la funduplicatura de Nissen. La dilatación intraoperatoria como la hemos realizado en varios casos, mediante sondas, puede acelerar la curación.

CUADRO II

Procedimiento quirúrgico

Resección de estenosis y esofagogastronomía de Sweet	3 casos
Cardioplastia transversal y reparación del ángulo de His	1 caso
Resección de diafragma mucoso por toracotomía derecha y esofagotomía longitudinal	1 caso
Supresión del reflujo por funduplicatura de Nissen	4 casos
Más gastrotomía y dilatación intraoperatoria	3 casos
Operación de Heller-Kole con reparación del ángulo C.T.	2 casos
Gastrectomía subtotal (h. hiatal + neo antral)	1 caso

4) Para las estenosis irreversibles o con úlcera cardioesofágica, deben emplearse plastias cardiales tipo Heineke Miculicz o intervención por aposición de la cámara gástrica (Proc. de Santy y Michaud, ope-

racion de Thal) que han mostrado su excelente resultado en recientes trabajos. No es obligatorio extirpar la úlcera.

5) La cardiomiectomía de Heller debe siempre ser seguida, en el mismo acto operatorio, de la creación de una válvula cardiotuberositaria por intervenciones tipo Nissen o Lortat-Jacob, de lo contrario la atonía esofagocardial es la situación inmejorable para la aparición de una esofagitis y estenosis.

RESUMEN

Se analizan: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de una serie personal de 13 casos de estenosis esofágicas benignas, que comprenden 8 hernias diafragmáticas, 1 malformación cardiofúndica, 2 acalasia y 1 membrana esofágica inferior. En 39 casos de hernias hiatales, 7 presentaban estenosis; en las formas reversibles empleamos la funduplicatura de Nissen, solamente, con excelente resultado (se jerarquiza el reflujo sobre la herniación gástrica). Las formas irreversibles fueron tratadas por cardioplastia tipo Heineke-Miculicz y luego aposición de Thal o funduplicatura. Se considera el método de Nissen como bueno para las malformaciones cardiofúndicas y las estenosis consecutivas a falla de otros procedimientos como el de Allison. En la acalasia se insiste en el método de Heller-Köle, pero reparando el ángulo para evitar el síndrome de reflujo consecutivo. El caso de membrana esofágica se analiza en detalle y se aconseja la endoscopia intraoperatoria para topografiar su altura y luego la resección por esofagotomía con buen resultado.

RÉSUMÉ

On analyse: etiopatogénie, diagnostic et traitement chirurgical d'une série de 13 cas de sténoses oesophagiques bénignes, qui comprennent 8 hernies diaphragmatiques, 1 malformation cardiofrondique, 2 achalasia et 1 membrane oesophagique inférieure. En 39 cas de hernies du hiatus, 7 présentaient sténoses; dans les formes reversibles nous employons la fondoduplicature de Nissen, seulement avec excellent résultat

(on hierarchise le reflux sur la formation de hernie gastrique). Les formes irréversibles furent traitées par cardioplastie type Heinecke-Miculicz et après apposition de Thal ou fondoduplicature. On considère bonne la méthode de Nissen pour les malformations cardiofroniques et les stenoses consécutives à l'échec d'autres procédés comme celui de Allison. Dans l'achalasia on insiste sur la méthode de Heller-Köle, en modifiant toutefois la courbe angulaire pour éviter le syndrome de reflux consécutif. Le cas de membrane oesophagique s'analyse en détail et on conseille la endoscopie intraopératoire pour représenter graphiquement son importance et après la résection par oesophagotomie avec bon résultat.

SUMMARY

A survey is carried out of a personal series of 13 cases of benign esophageal stenosis comprising, 8 diaphragmatic herniations, 1 cardiofundic malformation, 2 acalasia and 1 inferior esophageal membrane. In 39 cases of hiatal herniations, 7 presented stenosis; in the reversible forms, only Nissen's funduplicature was used, with excellent results, due consideration being given to backflow upon gastric herniation. The irreversible forms were treated with cardioplasty of the Heinecke-Miculicz type followed by Thal's apposition or funduplicature. Nissen's method is regarded as satisfactory for cardiofundic malformations and stenoses following failure of other procedures, such as Allison's. In cases of achalasia the Heller-Köle method is advocated, but with angle repair in order to prevent the consequent backflow syndrome. The case of esophageal membrane is dealt with in detail, the writer advising endoscopy at surgery in order to plot its height, followed by esophagotomy.

BIBLIOGRAFIA

Esofagitis por reflujo, hernias hiatales

1. ALLISON, P. R. and JOHNSTONE, A. S. The oesophagus lined with gastric mucous membrane. *Thorax*, 8: 87, 1953.

2. BARRET, N. R. Benign stricture in the Lower Esophagus. *The J. of Th. and C. V. Surgery*, 43: 6-703, 1962.
3. BENEDICT, E. and GILLESPIE, J. E. Peptic stenosis of the oesophagus. *S.G.O.*, 98: 494, 1954.
4. BENEDICT, E. Esophageal stenosis caused by peptic esophagitis or ulceration. *S.G.O.*, 122: N° 3, 613, March 1966.
5. DOR, W. Estenosis cicatriciales. *Annales de Chirurgie*, 3: N° 3, 798, 1964.
6. EFFLER, D. B. and BALLINGER, CH. S. Complications and Surgical Treatment of Hiatus Hernia and Short Esophagus. *The J. of Th. Surg.*, 22: 235, 1951.
7. ELLIS, H. A Plea for conservatism in esophageal surgery. *S.G.O.*, 109: 101, 1959.
8. LORTAT-JACOB, J. L., MAILLARD, J. N. and FEKETI, F. A procedure to prevent reflux after esophagogastric resection experience with 17 patients. *Surgery*, 50: 600, 1961.
9. MICHEL, J. O., OLSEN, A. M. and DOCKERTY. The Association of Diaphragmatic Hiatal Hernia and Gastroesophageal carcinoma. *S.G.O.*, 124: N° 3, 583, March 1967.
10. MOERSCH, R., ELLIS, H. and MAC DONALD, J. Pathologic changes occurring in severe reflux esophagitis. *S.G.O.*, 108: 476, 1959.
11. MOFFAT, R. et BERKAS, E. Oesophagite par reflux di bile. *Arch. Surg.*, 91: 6, 963, Dic. 1965.
12. MONTERO, J. M. Estenosis esofágica por hernias hiatales. *Día Médico Uruguayo*, XXIX: 354, Oct. 1962.
13. RICHARD, C. A., ANDREASSEAU, B. et LORTAT-JACOB, J. L. L'obturation par apposition en chirurgie digestive, son application au traitement des stenosis du bas oesophage. *Ann. de Chirurgie*, 15: 16, 919, 1967.
14. THAL, A. P., HATAGUKU, T. and KURTZMAN, R. A new method for reconstruction of the esophagogastric function. *S.G.O.*, 120: 6, 1225, 1965.
15. ULCERES DE L'OE SOPHAGC. Journées françaises de gastroenterologie. *Journ. Chirurgie*, 92: 5, 499, Nov. 1966.
16. WATKIUS, D., RUNDLESS, W. and TATON, L. Utility of a new procedure of valvular esophagogastrotomy in cases of brachy esophagus and stricture. *J. Thorac. Surg.*, 38: 814, 1959.

Achalasia

1. ELIO DE BELLA. A propos de l'intervention de Heller dans la récédive du cardio spasme. *Arch. Chirurg. del Thorax*, XVIII: 423-433, 3° Jan -Sep. 1964.
2. DICK, W. Le cardiospame doit il être traité par dilatations ou par myotomie. *Zentralblatt fur Chirurgie*, 89: 1681-1686, 44, Nov. 1964.
3. ELLIS, F. y COLE, F. L. El reflujo después de la cardiomiectomia. *But*, 6: N° 1, 8084, Fev. 1965.

4. FORSTER, E., ERMY, J., KIMLIN, A. et LEUGUA, F. 2 observations d'anastomose continente oeso-gastrique pour mega-oesophage. *Mem. Ac. Chir.*, 89: 5, 166-169, 30 Jauv. 1963.
5. GOÑI MORENO, I. *Cirugía del esófago y hernias por el hiato esofágico*. Ed. Universitaria, B. Aires, 1964.
6. GOUTALLIER, PH. *Contribution a l'étude du cardiospasme (a propos d'une statistique de 205 cas opérés)*. These de Paris, 1963.
7. KAY, E. Acalasia of Esophagus. *J. Thoracic. Surg.*, 22: 254, 1951.
8. NISSEN, R. y ROSSETTI, M. *Cirugía del cardias*. Symposium Ciba, II, 5-6, 1963.
9. RIBERT, M. et LEGRAND, M. Cancer sur megaesophage revêtu apres operation de Heller. *Lille Chirurgical*, 20: 182, 1965.
10. RUBIO, R. Cardiospasmo (acalasia). A propósito de 2 observaciones. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 29: 189, 1958.
11. TERRACOLJ, J. and SWEET, R. H. *Diseases of the Esophagus*. Saunders Co., 1958.
12. WANGENSTEEN, O. Technique of achieving an adequate extramucosal myotomy in mega-esophagus. *Surg. Gynec. and Obst.*, 105: 339, 1957.