

Hernia hiatal; esofagitis por reflujo y úlcera de Barrett. Operación de Thal

Dres. Walter Suiffet y Gonzalo Estapé *

Un caso de estenosis esofágica grave por esofagitis por reflujo, con acortamiento esofágico y úlcera de Barrett fue tratado con el procedimiento del parche fúndico descrito por Thal, con buena evolución alejada. Se discuten las diversas técnicas propuestas para solucionar esta situación.

Palabras clave (*Key words, Mots clés*) MEDLARS: Esophageal reflux/complications. Esophageal stenosis/surgery.

El tratamiento de la estenosis fibrosa del esófago resultante final de la esofagitis por reflujo, ha sido motivo de los más diversos procedimientos quirúrgicos, y aún no hay acuerdo sobre el que obtiene mejores resultados.

Si la estenosis puede movilizarse lo suficiente, no habiendo acortamiento del esófago, se coloca la unión esofagogástrica en su posición normal, y se realiza el procedimiento antirreflujo de preferencia del cirujano (1, 5, 10). Se podrá acompañar o no de dilataciones.

Hill (6) obtiene con su método y dilataciones, un 87 % de buenos resultados.

Esta es sin duda, la situación más favorable. Pero no sucede lo mismo en los casos que se acompañan de acortamiento del esófago, en donde los autores pueden o no, reseca el segmento afectado.

Eliis, Anderson y Clagett (4) resecan la estenosis, hacen vagotomía, antrectomía, esofagogastrotomía y gastroduodenostomía.

Payne (8,9) realiza hemigastrectomía con vagotomía, e interpone yeyuno entre el remanente gástrico y el duodeno, o hace una Y de Roux larga.

Merendino y Dillard (7) interponen un segmento de yeyuno entre el esófago y el estómago.

El procedimiento propuesto por Thal (11,12) cumple con los postulados fisiológicos básicos del segmento esofagogástrico, pues, al movilizar la cámara gástrica sobre la pared esofágica, logra la infundibulización del esófago distal y la agudización del ángulo de His (3), y

Clinica Quirúrgica "1" (Prof. Dr. Walter Suiffet). Hospital Pasteur. Montevideo.

a su vez, logra un buen calibre de la zona estenosada, sin necesidad de reseca.

Varios autores son partidarios de esta técnica, aunque, en general, le asocian una operación antirreflujo (2).

El caso presentado, tiene como finalidad, el exponer el resultado de la utilización del procedimiento de Thal en una enferma con una estenosis marcada del esófago, acompañada de acortamiento de la víscera.

OBSERVACION

HISTORIA Nº 29.618 (Hosp. Pasteur). C. C. de T. 67 años. Sexo femenino.

Desde hace 3 años acusa disfagia progresiva, la que permite sólo la ingestión de líquidos y papillas. Desde hace 2 años y medio, presenta dolor epigástrico a las dos horas de ingerir alimentos, acompañado de regurgitaciones de los mismos. Hace un año y medio, tiene melenas. Es en este momento que nota la acentuación del malestar epigástrico y las regurgitaciones con los cambios posturales.

La radiografía (Fig. 1) muestra una hernia hiatal por deslizamiento, estenosis del tercio inferior del esófago, y una ulceración inmediatamente por debajo de ella.

La esofagoscopia revela: esofagitis crónica con elementos de estenosis fibrosa a 5 cm por encima de la posición anatómica del cardias. Hay una zona más afectada que sangra con extrema facilidad, que puede corresponder a una ulceración supracardial.

La biopsia obtenida, confirma que se trata de una esofagitis crónica.

El quimismo gástrico revela una marcada hipoclorhidria.

Tratamiento: Toracotomía posterolateral izquierda a nivel del séptimo espacio intercostal. La exploración muestra una hernia hiatal de 4 cm de largo por 3 de ancho; periesofagitis moderada; esófago con elasticidad conservada; se palpa una zona muy firme a 3 cm por encima del cardias; hiato esofágico amplio con pilares débiles.

Se corta el ligamento triangular del pulmón izquierdo hasta la vena pulmonar inferior; se disea el esófago hasta el cayado aórtico, respetando una gruesa arteria esofágica que proviene de la aorta y se rodea con sonda Nélaton para facilitar su manejo; se libera el hiato de los bordes de la bolsa gástrica herniada; se ligan y seccionan 4 vasos cortos; se secciona longitudinalmente la pared anterior del esófago, a nivel de la

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Sociedad de Medicina de Paysandú, en Paysandú, el 19 de octubre de 1974.

Profesor Director y Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Bul. Artigas 1545 p. 9, Montevideo (Dr. Suiffet).

zona fibrosa señalada, visualizándose una mucosa proliferante y una úlcera de 3 mm de diámetro por debajo de ella; se apone el fundus gástrico por delante de la solución de continuidad, suturándolo en dos planos con lino, procurando rodear la mayor extensión posible de la circunferencia del esófago, aunque respetando la arteria esofágica mencionada. Se fija el es-

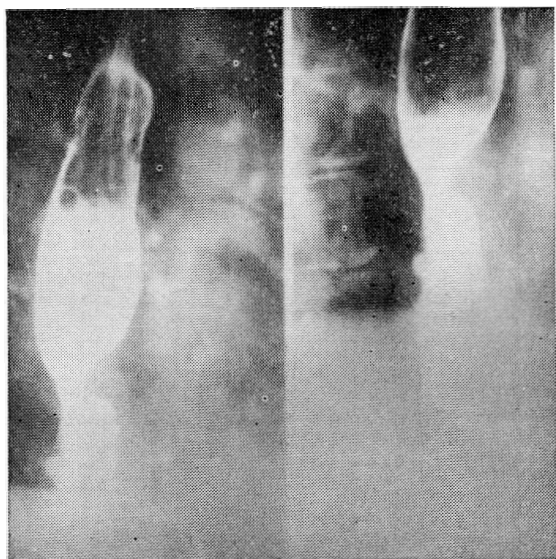


FIG. 1.—Radiografía preoperatoria: se observa hernia hiatal por deslizamiento; estenosis de tercio inferior de esófago y ulceración por debajo de ella

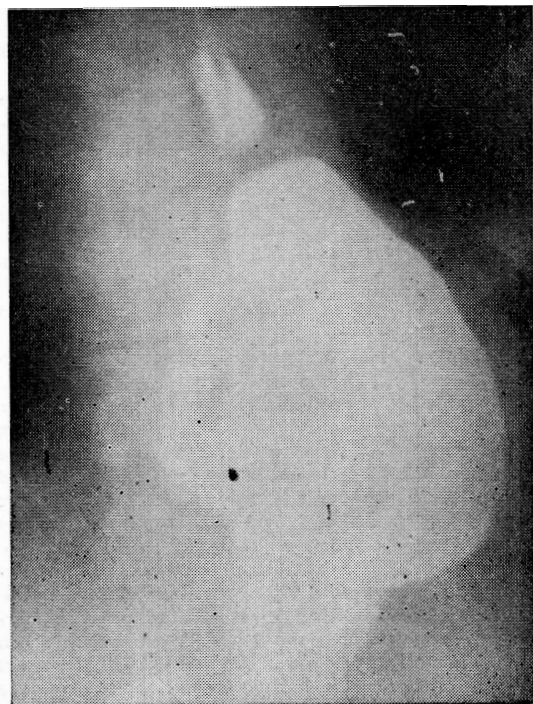


FIG. 2.—Radiografía postoperatoria: buen pasaje del contraste; relleno de la bolsa intratorácica.

tómago a los bordes del hiato. Drenaje de la cavidad pleural izquierda. Cierre de la toracotomía.

Evolución: Buen postoperatorio inmediato, con desaparición de la disfagia. Las radiografías (Fig. 2) muestran buen pasaje del contraste, con relleno de la bolsa intratorácica y un muy pequeño reflujo en la posición de Trendelenburg y decúbito lateral izquierdo.

A los 3 meses nota disfagia moderada, por lo que se le realiza una única dilatación. Desde ese momento hasta la actualidad, ha pasado más de un año, sin sentir molestia alguna.

RESUME

Hernie hiatale; oesophagite par reflux et ulcère de Barrett. Traitement par l'opération de Thal.

Un cas de sténose oesophagique grave, due à une oesophagite par reflux avec raccourcissement oesophagique et ulcère de Barrett fut traité par le procédé de la plastie fundique de recouvrement décrit par Thal, avec évolution favorable à long terme. Discussion sur les diverses techniques proposées pour résoudre un tel cas.

SUMMARY

Hiatal hernia; reflux esophagitis and Barrett's ulcer. Treatment by the Thal operation.

A case of severe esophageal stenosis due to reflux esophagitis, with esophageal shortening and Barrett's ulcer was treated with the procedure of fundic patch described by Thal, with satisfactory long-term results. The present work discusses the different techniques proposed to solve this situation.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BRINDLEY GV (Jr), WANGSANUTR L. Surgical treatment of stricture of the esophagus associated with hiatal hernia. *Ann Surg*, 173: 649, 1971.
- CLARKE JM, RAYL JE, WOODWARD ER. Experience with the Thal and Nissen operations in the treatment of reflux esophagitis with stricture: a preliminary report. *Am Surg*, 35: 89, 1969.
- CURTO J, VAÑO J. Consideraciones sobre la operación de Thal. *Rev Esp Enferm Apar Dig*, 35: 157, 1971.
- ELLIS FH, ANDERSEN HA, CLAGETT OT. Treatment of short esophagus with stricture by esophagogastricomy and antral excision. *Ann Surg*, 148: 526, 1958.
- ESTAPE G. Esophagitis por reflujo. Monografía. Facultad de Medicina. Montevideo. 1973. (Inédita).
- HILL LD, GELFAND M, BAUERMEISTER D. Simplified management of reflux esophagitis with stricture. *Ann Surg*, 172: 638, 1970.
- MERENDINO KA, DILLARD DH. The concept of the sphincter substitution by an interposed jejunal segment for anatomic and physiologic abnormalities at the esophago-gastric junction, with special reference to reflux esophagitis, cardiospasm and esophageal varices. *Ann Surg*, 142: 486, 1955.
- PAYNE WS. Surgical treatment of the reflux esophagitis and stricture associated with permanent incompetence of the cardia. *Mayo Clin Proc*, 48: 553, 1970.
- PAYNE WS. Esophageal reflux ulceration. Causes and surgical management. *Surg Clin North Am*, 51: 935, 1971.
- SUIFFET W, ITUNO C, ESTAPE G. Hernias del hiato esofágico. Técnica terapéutica quirúrgica. *Cir Urug*, 42: 239, 1972.
- THAL AP, HATAFUKU T, KURTZMAN R. New method for reconstruction of the esophago-gastric junction. *Surg Gynecol Obstet*, 120: 1225, 1965.
- THAL AP. Unified approach to surgical problem of the esophago-gastric junction. *Ann Surg*, 168: 542, 1968.