

Megaesófago. Operación de Thal

Dres. Celso Silva y Gonzalo Estapé*

Los autores presentan un caso de dolicoesófago evolucionado, de gran volumen, tratado por vía abdominal, mediante plastia fúndica según técnica de Thal. La mejoría clínica fue solo parcial, persistiendo la disfagia para sólidos. Se hacen consideraciones sobre los procedimientos de Heller, Thal, Grondhal, Heyrosky, Wangenstein y Maillet, concluyéndose que aún no hay ninguna técnica eficaz para solucionar los casos avanzados de esta afección.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Cardiospasm/surgery.

El tratamiento del megaesófago, y en especial, de los casos evolucionados con obstrucción importante y alargamiento del órgano (dolicoesófago), sigue siendo tema de discusión, no habiéndose llegado aún, a la solución definitiva del problema.

Es así que se han propuesto numerosos procedimientos quirúrgicos, que aún en manos expertas, han tenido fracasos.

La esofagocardiomiectomía de Heller, es sin duda, la técnica más aceptada en la actualidad, pero, no hay autor que no haya relatado la presencia de reflujo postoperatorio, o bien, retención de alimentos en la inerte bolsa esofágica intratorácica.

El reflujo se ve en porcentajes variables según los autores; es así que Hawthorne, Frobes y Nemir (8) describen una incidencia del 52 %; Lortat-Jacob, Binet y Maillard (4), del 13 %; Helsingen, del 14 %; Ellis del 15 %; Deloyers y Loygue han comprobado esofagitis en 2-3 %, lo que coincide con las cifras de Ellis y Olsen.

Moreno-González (7) considera los siguientes factores como los causantes de esofagitis por reflujo:

- realización de miotomías muy extensas;
- desconocimiento de hiperclorhidria o ulcus duodenal;
- lesiones del nervio vago, que provocan una lenta evacuación gástrica;
- modificaciones de los mecanismos de fijación de la región esofagogástrica.

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Sociedad de Medicina de Rivera y Santa Ana, Rivera, el 8 de junio de 1974.

* Profesor Adjunto de Cirugía, Asistente Supervisor de Semiología Quirúrgica.

Dirección: Dr. Alfredo García Morales 1129, Montevideo (Dr. Silva).

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

Frente a este importante problema, se han ideado varias técnicas, como el agregar una funduplicación total o parcial (2) a la operación de Heller (6) o realizar un parche fúndico y una roseta mucosa (3,12).

Maillet (5) realiza la miotomía de Heller con sonda intraesofágica colocada a través de una pequeña gastrotomía, y agregando los siguientes tiempos operatorios:

- cierre del hiato, suturando los pilares por detrás del esófago;
- sutura del borde derecho de la tuberosidad mayor al labio izquierdo de la sección muscular, en dos planos;
- fijación de la tuberosidad mayor al pilar izquierdo y cúpula diafragmática izquierda.

En el caso que motiva esta publicación, se utilizó la técnica de Thal, con mejoramiento pero no desaparición de la sintomatología disfágica y sin aparición de reflujo gastroesofágico.

OBSERVACION

La historia del enfermo data de larga evolución de disfagia progresiva que culmina con la sola tolerancia de líquidos, agregada a importantes regurgitaciones postprandiales.

El estudio radiológico mostró (Fig. 1) un esófago de gran calibre que ocupa parte del hemitórax derecho, con retención de la sustancia baritada, y el segmento estenótico en posición horizontal. La radiografía de tórax reveló un ensanchamiento mediastinal.

Operación: Incisión mediana supraumbilical. La exploración revela una gastrectomía subtotal con anastomosis en buenas condiciones; adherencias firmes del lóbulo izquierdo, fundus gástrico y bazo; hiato de 3 cm, de diámetro sin hernia hiatal. Se libera el fundus de sus adherencias, y se realiza esplenectomía para poder abordar el esófago basculando el lóbulo izquierdo del hígado. Dilatación digital del hiato, a través del cual se palpa hasta la bifurcación traqueal. Tracción del esófago, que desciende poco debido a sus adherencias trácicas. El segmento estenosado presenta una posición horizontal, y no tiene signos de periesofagitis. Se realiza una incisión longitudinal de todas las capas viscerales, comprendiendo 2 cm de estómago y 6 de esófago. Se introducen dos dedos en la luz esofágica, los que pasan con facilidad a la gran bolsa intratorácica. Se cierra la mucosa en sentido transversal y luego se sutura a los bordes de la sección muscular el fundus

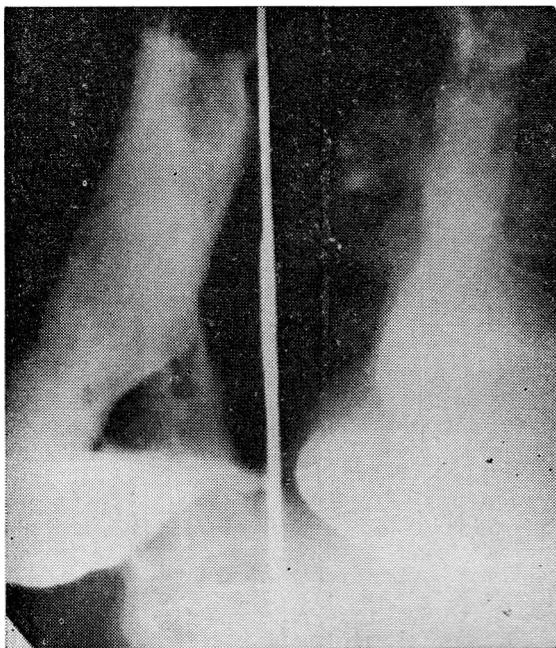


FIG. 1.— Estudio radiológico preoperatorio. Esófago muy dilatado y elongado que ocupa parte del hemitórax derecho. Segmento estenótico horizontal.

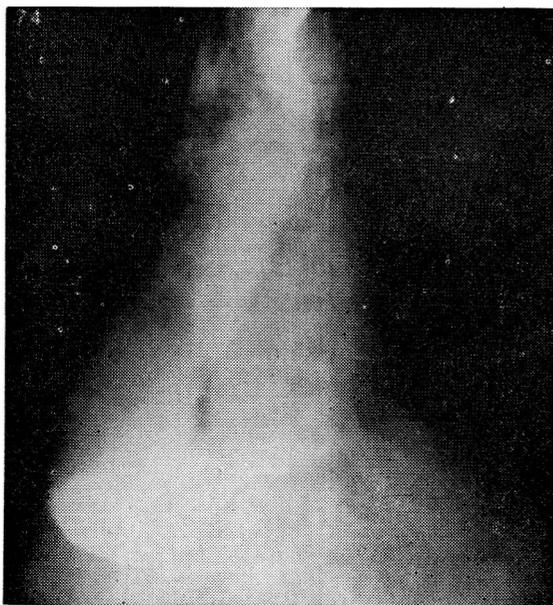


FIG. 2.— Estudio radiológico postoperatorio. No se observan cambios significativos en relación al anterior.

gástrico, de acuerdo a la técnica de Thal. Cierre de los pilares diafragmáticos por detrás del esófago.

El postoperatorio cursó sin inconvenientes, siendo dado de alta a los 8 días de la operación. La evolución, a los 5 meses, es mediocre, pues, si bien la alimentación se hace en forma completa, en ocasiones el paciente debe realizar esfuerzos a glotis cerrada e ins-

piraciones profundas para impulsar el tránsito hacia el estómago.

La radiología postoperatoria (Fig. 2) fue muy similar a la previa debiéndose esperar más de una hora para que la sustancia baritada pasara al estómago.

COMENTARIO

La terapéutica utilizada en este enfermo merece las siguientes consideraciones:

1) En un caso tan evolucionado y con una gran "bolsa" esofágica, la operación de Heller sola, no soluciona la retención que se produce dentro de la misma, por mayor que sea el calibre obtenido en la zona estenótica; es por ello que sostenemos que debe actuarse reseccando la zona dilatada y atónica (1), como lo preconizan Wangenstein y Deloyers (5, 10, 13) cuya técnica es la siguiente:

- abordaje torácico izquierdo (9);
- resección del cuarto distal del esófago;
- resección de la tuberosidad mayor del estómago y su cuerpo;
- anastomosis cabo a cabo del esófago al antro gástrico;
- vagotomía y piloroplastia, aunque Deloyers ha conservado el nervio vago derecho y no ha realizado piloroplastia.

2) El procedimiento aconsejado por Hatafuku, Maki y Thal (3) agrega la confección de una "roseta" mucosa, que no hicimos en nuestro enfermo, que, si bien constituye una barrera más para impedir el reflujo, no soluciona la retención intraesofágica.

3) Los procedimientos de derivación esofagogástrica tipo Heyrosky y Grondahl [anastomosis entre fundus y esófago inferior (11)] provocan una correcta evacuación esofágica, pero crean un reflujo incontrolable, que puede llegar a provocar otra estenosis, o sin llegar a ella, un sufrimiento insoportable para el paciente.

4) Luego del análisis de los procedimientos publicados, debemos concluir que en los megaesófagos moderados sin gran dilatación, una simple miotomía tipo Heller, obtiene una curación definitiva, mientras que en los evolucionados, como el caso presentado, no hay hasta el momento, ninguna técnica eficaz, pues todas dejan reflujo, estenosis o ambos, en un alto porcentaje.

RÉSUMÉ

Mégaesophage. Opération de Thal.

Les auteurs présentent un cas de dolichomégaesophage évolué, de grand volume, traité par voie abdominale et par plastie fundique selon la technique de Thal. L'état clinique ne fut que partiellement amélioré et la dysphagie pour les substances solides persista. Des considérations sont faites sur les procédés de Heller, Thal, Grondahl, Heyrosky, Wangenstein et Maillet, d'où l'on tire la conclusion qu'aucune technique n'est assez efficace pour résoudre les cas avancés de cette affection.

SUMMARY**Achalasia of the esophagus. Thal's operation.**

The authors report a case of advanced achalasia of the esophagus, treated by an abdominal approach, by means of a fundic patch operation (Thal's technique). Clinical improvement was only partial; the dysphagia for solids persisted. Considerations are made on the procedures of Thal, Grondhal, Heyrosky, Wangenstein and Maillet, concluding that, so far, there is no efficient technique to solve the advanced cases of this disease.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CIAGLIA P, SEGAL G. Segmental esophagectomy: ancillary procedure for advanced megaesophagus with sigmoid elongation. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 44: 44, 1962.
2. DOR J, HUMBERT P, DOR V, FIGARELLA J. L'intérêt de la technique de Nissen modifiée dans la prévention du reflux après cardiomyotomie extramuqueuse de Heller. Citado por (5).
3. HATAFUKU T, MAQUI T, THAL OP. Fundic patch operation in treatment of advanced achalasia of the esophagus. *Surg Gynecol Obstet*, 134: 624, 1972.
4. LORTAT-JACOB JL, MAILLARD JN. L'opération de Heller. *Encyclopédie Méd Chir*, 40225. Paris, 1968.
5. MAILLET P. Chirurgie de l'oesophage. Nouveau traité de technique chirurgicale. Paris, Masson, 1968.
6. MENGUY R. Management of achalasia by trans-abdominal cardiomyotomy and fundoplication. *Surg Gynecol Obstet*, 133: 482, 1971.
7. MORENO-GONZALEZ E. Conceptos actuales del tratamiento quirúrgico de la acalasia. *Rev Esp Enferm Apar Dig*, 36: 305, 1972.
8. NEMIR P (Jr), FROBESSE AS. Modification of Heller operation in achalasia of the esophagus. *Surg Clin North Am*, 42: 1407, 1962.
9. PERROTIN J, DUPOUX P. La voie thoracique dans le traitement du cardiospasme. *Ann Chir*, 17: 655, 1963.
10. ROOT MD, WANGENSTEEN OH. The cardiospasm and his treatment. *Arch Surg*, 85: 594, 1962.
11. TERRACOL J, SWEET RH. Enfermedades del esófago. Buenos Aires. Bernardes, 1961, pág. 216.
12. THAL AP. Reconstitution de la jonction oeso-gastrique par une plastie fundique de recouvrement. *Encyclopédie Méd Chir*, 40227. Paris, 1968.
13. WANGENSTEEN OH. Technique of achieving an adequate extramucosal myotomy in megaesophagus. *Surg Gynecol Obstet*, 105: 339, 1957.