

CONTRIBUCION

Anastomosis esofágicas

Su estudio postoperatorio precoz

Dres. Franklin Aliano, Alberto Lyonnet y Hernán Parodi

Dada la gravedad de las fallas de sutura en las anastomosis esofágicas y las dificultades de su reconocimiento, proponemos un método de estudio radiológico para su detección precoz y exponemos los primeros resultados obtenidos con el mismo.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Esophagus Surgery.

En aquellos medios como el nuestro, en que no disponemos de suturas mecánicas, las anastomosis esofágicas siguen planeando un importante problema en cuanto a las posibilidades de falla y en la detección y tratamiento de las mismas.

No nos referiremos a las técnicas, sino a un aspecto de gran importancia, cualquiera sea la técnica utilizada, cual es el diagnóstico de las fallas de sutura en una etapa precoz, y sobre todo, previa al reinicio de una realimentación de que de ser adoptada, traerá consecuencias gravísimas y casi seguramente fatales.

A propósito de ello, presentamos los primeros 6 casos, recogidos en los últimos 6 meses de actuación de la Clínica Quirúrgica "2", en que hemos adoptado una sistemática de diagnóstico precoz, tal como lo preconizan Desbleds y col., que consiste en un estudio radiológico.

El mismo, se cumple de la siguiente manera:

METODO

Fecha del examen: 7º día.

Material de contraste: Se aconseja la utilización de contrastes triyodados hidrosolubles, por su fluidez y ausencia de toxicidad.

Reabsorbidos en mucosas y serosas, se eliminan por vía renal. Una característica a tener en cuenta es su hipertonia, que puede ser fuente de diarreas, excepcionalmente de consecuencias graves con las cantidades usadas y con la corrección adecuada de las pérdidas. No es aconsejable el uso de sales de bario ni aún en las anastomosis intratorácicas, si bien no se han demostrado concluyentemente efectos tóxicos como en el peritoneo.

Presentado como Contribución a la Mesa Redonda de Técnica Quirúrgica del 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Profesor Adjunto, Residente y Colaborador de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Gabriel A. Pereira Nº 2823, Montevideo (Dr. F. Aliano).

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. U. Larre Borges). Hospital Maciel. Montevideo.

Examen radiológico: El protocolo que hemos adoptado incluye:

- A) Estudio sin preparación, de frente, de perfil y oblicuas.
- B) Iguales incidencias luego de la ingestión del citado contraste, insistiendo en los cambios de posición: de pie; en decúbito, y nuevamente de pie.

Y una tercera etapa opcional que sumamos a las anteriores:

- C) Radiografías sin preparación 12 a 24 horas después. No disponemos de datos exactos sobre el tiempo que tardan los contrastes en ser reabsorbidos por las serosas, por lo cual no podemos aun dar plazos horarios fijos.

A) Los estudios simples iniciales, permiten detectar calcificaciones en zonas vecinas a las anastomosis (pleurales, ganglionares, arteriales, etc.) que pueden ser fuente de confusión, por su densidad similar a la del medio de contraste.

Ocasionalmente, sobre todo en las anastomosis abdominales, este tipo de estudio puede ser suficiente para diagnosticar colecciones vecinas a la anastomosis, sea por opacidades anormales o, sobre todo, por la presencia de un nivel hidrogaseoso.

B) En el estudio contrastado, sobre todo usando cantidades bajas del producto, es importante estar bien familiarizado con el aspecto radiológico de las distintas anastomosis, para evitar confusiones. Tal el caso de las anastomosis esófago - yeyunales término - laterales, en que el muñón yeyunal puede ser tomado como una fístula. También son importantes las distintas incidencias, evitando superposiciones de órganos vecinos, y sobre todo los cambios de posición: un enfoque de pie no permite valorar la magnitud de una fuga, bien visible en decúbito donde el contraste se desplaza hacia la anastomosis, objetivando la fuga extraluminal. Al adoptar nuevamente la posición de pie, se puede disociar perfectamente aquel contraste extraluminal del intradigestivo.

C) Por último, cuando pese a todas las precauciones adoptadas no se ha podido llegar al diagnóstico definitivo, confirmatorio de la fístula anastomótica, se repite el estudio radio-

Tumor	Operación	Anastomosis	Estudio radiológico			Conducta
			Simple	Cont.	Dif.	
1. Gástr.	Gastrect. Total	Esóf. Duod.	S/P	S/P	—	Realim. oral
2. Gástr.	Gastrect. Total	Esóf. Yeyun. T.L.	S/P	S/P	—	Realim. oral
3. Esóf.	Lewis	Esóf. Gast. T.T.	S/P	F.	—	Alim. Enteral
4. Gástr.	Gastrect. Total	Esóf. Yeyun. T.L. A los 8 días	S/P S/P	¿ S/P	F.	Alim. Parent. Realim. oral
5. Esóf.	Lewis	Esóf. Gast. T.T.	S/P	S/P	—	Realim. oral
6. Esóf.	Lewis	Esóf. Gast. T.T.	S/P	S/P	—	Realim. oral

lógico sin preparación en 12 a 24 horas. Como es muy demostrativo el caso N° 4, la persistencia de una imagen incambiada coincidiendo con la desaparición del contraste endoluminal, en este caso el yeyuno certifica la fistula, generalmente mínima.

De los 6 casos, 3 corresponden a cánceres de estómago sometidos a gastrectomías totales (un tumor de fundus muy avanzado y dos tumores del muñón gástrico) en los que el restablecimiento de la continuidad se hizo por anastomosis esófago - duodenal en uno y esófago - yeyunal en los otros dos.

Los 3 restantes fueron cánceres de esófago, tercio medio o inferior, a los que se le realizaron operaciones tipo Lewis, con restablecimiento del tránsito por esófago - gastrostomía término - terminal.

En cuatro casos todas las etapas del estudio radiológico fueron normales, permitiendo la realimentación oral sin consecuencias.

En el caso 3, correspondiente a un cáncer de esófago, tercio medio, la fistula sólo se evidenciaba en decúbito, pese a tener un gasto importante. Su constatación llevó a adoptar una alimentación prolongada por vía enteral (yeyunostomía de alimentación).

El caso 4, ya mencionado, correspondiente a un tumor del muñón gástrico sometido a gastrectomía total por vía abdominal, con restablecimiento del tránsito por esófago - yeyunostomía término - lateral, con excelente evolución desde el punto de vista abdominal, presentaba una fistula de pequeño gasto, que sólo pudo ser evidenciada en forma concluyente por el estudio diferido (persistencia del contraste extraluminal a las 24 horas). Se realizó alimentación parenteral total durante 8 días y se repitió el estudio radiológico, el cual mostró la curación de la fistula.

COMENTARIO

Como lo demuestra en forma más notoria el caso 4, un curso postoperatorio de evolución absolutamente normal, en apirexia, sin signos abdominales, no es garantía terminante de una anastomosis esofágica indemne, hermética.

Basándonos en parámetros clínicos y pasado el temido período del 7º-8º día postoperatorio, deberíamos reiniciar la alimentación oral; en tales circunstancias es reconocida la posibilidad de que se instale bruscamente una fistula esofágica, sea pleural, mediastinal o abdominal, según la topografía de la anastomosis.

En los casos en que la fistula es ya clínicamente evidente, no por ello el método pierde interés sino que además de confirmarla, nos permite establecer topografía, magnitud y extensión de la misma, y condiciones en que se realiza su drenaje, de gran importancia en la decisión terapéutica subsiguiente.

El no comenzar una realimentación en esas condiciones es etapa capital dentro de un planteamiento terapéutico más amplio, que incluye en algunos casos la reoperación o medidas más conservadoras, como el drenaje correcto acompañado de medidas complementarias de alimentación, sea parenteral o enteral.

En esta decisión creemos que también importa el método que seguimos, ya que el elemento más importante a tener en cuenta es la magnitud de la falla anastomótica, hecho que como vimos surge claramente de los distintos tiempos del examen.

RESUME

Anastomoses Oesophagiques: Etude Postoperatoire Immediate

Les disruptions des anastomoses oesophagiennes sont tres graves et son diagnostic est en general tardif. On propose un method radiologic precoz et on fait la presentation des premieres resultats.

SUMMARY

Esophagic anastomosis. Early postoperative study

The disruption of the esophagic anastomoses are very important and their diagnostic is difficult. We propose a method of radiologic study for their early diagnostic and we presente our first results.