

Megaesófago secundario a estenosis de neoboca en un antiguo gastrectomizado Billroth II

Dres. Omar C. Rompani, Roberto Delbene y Gustavo Bogliaccini

Presentamos el caso de un paciente gastrectomizado (Billroth II) y regastrectomizado que presentó una estenosis benigna tardía de la neoboca con un megaesófago secundario a la misma. Se practicó una nueva regastrectomía con excelente evolución. El estudio histológico mostró una estenosis fibrosa de la neoboca. El megaesófago curó.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Achalasia of esophagus / Cardiospasm.

INTRODUCCION

Presentamos un caso con evolución poco habitual después de una gastrectomía por ulcus gastroduodenal.

Se comprueba al cabo de 24 años de la intervención una estenosis benigna de la neoboca, con un megaesófago secundario.

OBSERVACION

G.H. Sexo masculino, 77 años. Hospital Maciel. Ingreso: 3/5/79.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de julio de 1980.

Asistentes y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Ana Monterroso de Lavalleja 2124, Ap. 2, Montevideo (Dr. O. Rompani).

Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi). Hospital Maciel. Montevideo.

Motivo de ingreso: Vómitos.

Enfermedad actual: Desde hace dos años presenta vómitos postprandiales a tres horas de la ingesta que se producen con esfuerzo de vómito y en los cuales reconoce la comida ingerida. No nota la presencia de sangre ni bilis en los mismos.

Concomitantemente adelgazamiento de varios kilos no pudiendo ser preciso al respecto.

Antecedentes personales: En el año 1937 es intervenido por úlcera gastroduodenal y reintervenido en 1956 por vómitos. No contamos con los protocolos operatorios anteriores y el paciente refiere que fue gastrectomizado.

A posteriori no hay otros elementos a destacar hasta la aparición de los vómitos que hemos destacado.

Fumador y bronquítico crónico. No diabetes, lues ni BK.

En los últimos días internado en el Hospital Vilardebó ignorándose la causa.

Examen: Paciente lúcido, impresiona como adelgazado, buen estado general. Piel y mucosas: bien coloreadas e hidratadas, no anemia clínica. Abdomen: cicatriz de mediana supraumbilical con eventración en toda su extensión, reductible e indolora. Cicatriz en buen estado. No se encuentran en el examen otros datos a destacar.

En el estudio radiológico de esófago-gastro-duodeno se encuentra un esófago globalmente dilatado. Pasaje esófago-gástrico normal y estómago con abun-



FIG. 1.— Estudio radiológico preoperatorio donde se aprecia el megaesófago y un doble nivel de bario y residuo gástrico por encima de la estenosis de la neoboca.

dantes restos de alimentos. La neoboca es de función insuficiente pero se observa pasaje al yeyuno (fig. 1).

De acuerdo a lo hallado en el estudio contrastado, suponemos que la intervención realizada anteriormente sea una gastrectomía parcial con gastroyeyuno-anastomosis tipo Billroth II.

Esofagogastrobioscopia: Esófago congestivo en su tercio inferior. Cardias a 40 cm. de la arcada dentaria normal. Estómago dilatado con abundante líquido residual teñido con bilis. No presenta lesiones. Se observa neoboca pequeña que impide el paso del fibroscopio. Reflujo del contenido yeyunal hacia el estómago.

Este hallazgo confirma la sospecha de una estenosis de la neoboca. La congestión del tercio inferior del esófago nos habla de la existencia de un reflujo gastroesofágico.

Con el diagnóstico de estenosis de la neoboca es interenido el día 21/6/79.

Intervención: Mediana supraumbilical con liberación del saco de eventración de múltiples adherencias entre las asas intestinales. El paciente presenta una gastrectomía subtotal con montaje tipo Billroth II.

En el asa eferente presenta una anastomosis término-lateral que sugiere que la segunda intervención fue una regastrectomía (fig. 2).

Se realiza una regastrectomía que incluye el sector distal gástrico, anastomosis gastro-yeyunal y ambos cabos yeyunales a 5 cm. de la anastomosis.

Anastomosis término-terminal del yeyuno. El asa es larga y precólica lo que permite la reconstrucción de la anastomosis gastroyeyunal proximalmente con respecto a la anterior (fig. 3). Hemostasis, lavado y

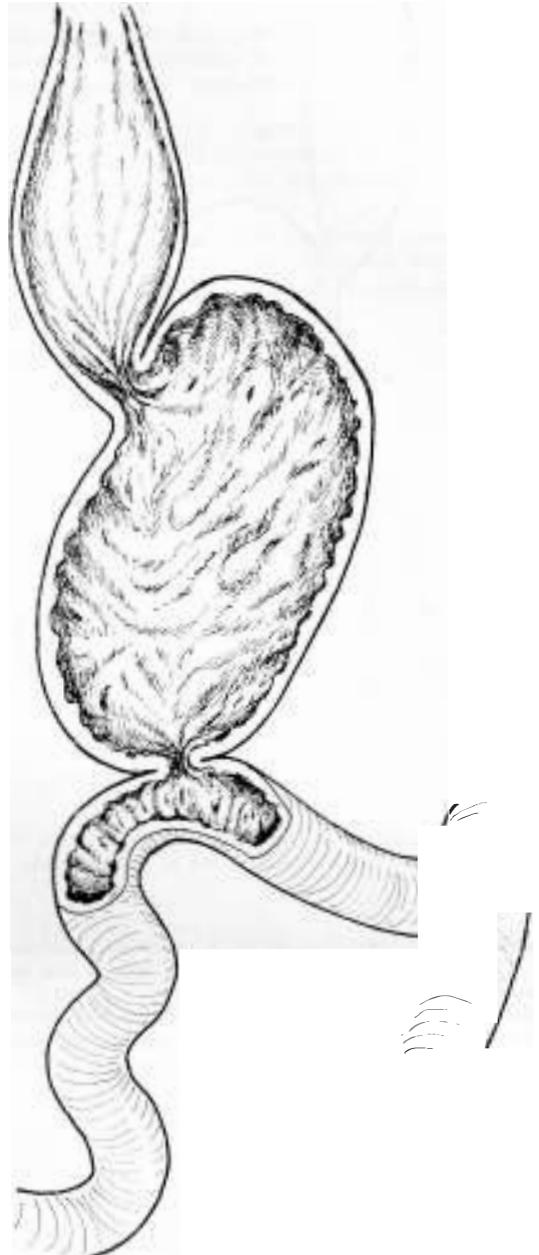


FIG. 2.— Situación anatómica encontrada en la operación. En el asa eferente apareció una vieja anastomosis término-lateral.

secado peritoneal. Cierre parietal reforzando la cara interna de la pared con una lámina de Marlex.

Evolución: En el postoperatorio no hubieron complicaciones y el estudio radiológico contrastado muestra un muñón residual gástrico de morfología y dimensiones normales y buen pasaje por la neoboca que no presenta alteraciones. Asas aferente y eferente sin particularidades (fig. 4).

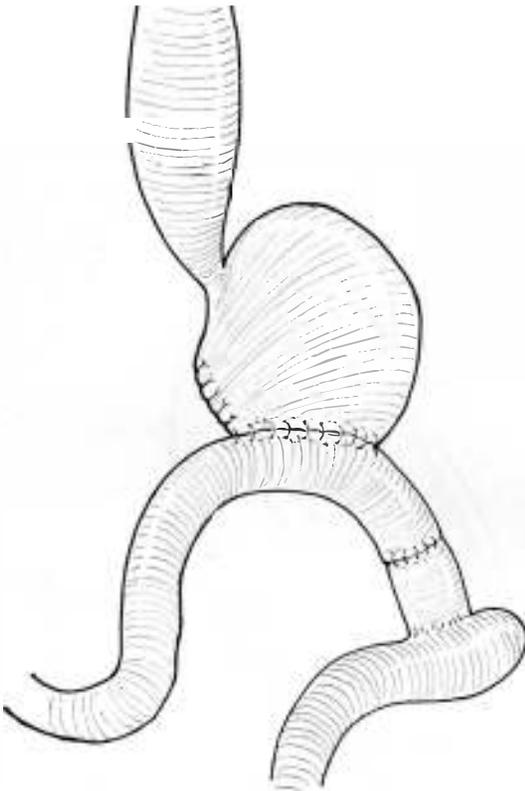


FIG. 3.— Procedimiento realizado: regastrectomía y anastomosis término-terminal en el asa eferente.

Señalamos la desaparición de la dilatación esofágica en la placa de control que mostró el esófago con sus pliegues normales.

Anatomía patológica: La pieza de resección abierta por el borde mesentérico yeyunal y desplegada, tiene una longitud de 90 mm. y una circunferencia de 85 mm. En su parte media se encuentra el orificio de la anastomosis en forma de hendidura de 10 por 2 mm. de bordes regulares. Los bordes de la anastomosis no muestran macroscópicamente la existencia de úlcera, siendo de consistencia blanda.

Se toman para la histología dos fragmentos del sector anastomótico que no muestran evidencia de lesión.

COMENTARIO

Existen varios aspectos a destacar en este caso. La historia clínica del paciente y los hallazgos operatorios son muy curiosos. La asociación de un megaesófago a una estenosis de la neoboca de la gastrectomía es sugestiva, sobre todo porque el primero desapareció al corregir la segunda, sin mediar ningún procedimiento sobre el cardias. No podemos descartar que el EEI sea incompetente y que la hipertensión endogástrica secundaria a la estenosis la pusiera de manifiesto. A favor de esta posibilidad está el hallazgo fibroscópico de un esófago inferior congestivo.



FIG. 4.— Control postoperatorio.

De todos modos no es el megaesófago una forma de presentación de una hipotonía e incompetencia del EEI.

Pero más interesante aún es el antecedente descubierto en la operación, en la cual se encontró una anastomosis término-lateral del asa eferente. No tenemos detalles de las dos primeras operaciones. El interrogatorio del paciente no alcanza para sacar conclusiones. Tenemos derecho a suponer que fue gastrectomizado en 1937 y regastrectomizado en 1956, por eso aparece una sutura en el asa eferente. Hiriendo muy fino podríamos pensar que en esta última fecha, los vómitos que precedieron a su operación eran índice de una estenosis de la neoboca.

Si esto fuera así, ahora habría repetido nuevamente su estenosis.

DISCUSION

La estenosis benigna de la neoboca es vista en forma tardía vinculada a una úlcera de la misma.

En oportunidades, un hematoma del mesocolon en las anastomosis transmesocólicas provoca una reacción fibrótica que estenosa el pasaje gastroyeyunal (2). No era éste el caso porque se trataba de un asa larga precólica.

Menos frecuente aún es la estenosis por anillo fibrótico de la anastomosis como observamos en este caso.

En las referencias bibliográficas no encontramos más que pocas referencias a este tipo de complicación (1, 2, 3, 4). Se señala como

condicionante la invaginación expresiva de la línea de sutura, que limita la luz y posteriormente estenosa la misma (3).

Con respecto a la presencia de un megaesófago secundario no hemos hallado publicaciones al respecto en la bibliografía a nuestro alcance.

Por tratarse de un caso aislado estamos dados de extraer conclusiones pero señalamos la marcada dilatación esofágica frente a la dificultad de evacuación del remanente gástrico, eventualidad que no hemos encontrado descrita.

RESUME

Megaesophage consécutif à une sténose de l'anastomose dans un ancien gastrectomisé (Billroth II)

Nous présentons le cas d'un patient gastrectomisé (Billroth II) et regastrectomisé qui a présenté une sténose bénigne tardive de l'anastomose avec un mégaesophage consécutif à celle-ci. On a pratiqué une nouvelle regastrectomie, ayant eu une excellente évolution. L'étude histologique a montré une sténose fibreuse de la anastomotique. Le mégaesophage est disparu.

SUMMARY

Megaesophagus Secondary to Anastomoses Stenosis in a Patient Previously Gastrectomized (Billroth II)

A patient who had undergone gastrectomy and regastrectomy (Billroth II) presented a late benign stenosis of anastomoses with megaesophagus secondary to it.

A gastrectomy was again performed with excellent evolution. Histological tests indicated fibrous stricture of anastomoses. The megaesophagus disappeared.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BRANDBERG R. Obstruction following gastric retention and gastroenterostomy. *Acta Chir Scand*, 92: 37, 1945.
2. MATHIESO V AJM. Prolonged delay in gastric emptying after partial gastrectomy. *Br J Surg*, 52: 657, 1965.
3. VARAT JK, CASELLA PA. Post gastrectomy retention. Treatment for second gastroenterostomy. *Arch Surg*, 74: 593, 1957.
4. NISSEN R. Operaciones sobre el estómago y duodeno. En Brandt, G., Kunz, H. y Nissen, R. Complicaciones intra y postoperatoria. Barcelona. Científico - Médica, 1968, t. 2.