

Dilatación de las estenosis pilóricas y/o duodenales mediante fibroscopía

A propósito de un caso

Dres. Gustavo De Simone, Walter Zimmer y Enrique Sojo

La práctica de la fibroscopía gastroduodenal ha demostrado que frecuentemente la cicatrización de las úlceras pilóricas o antrales y duodenales vecinas al píloro, determinan deformaciones y estenosis que alteran la normal evacuación gástrica. A veces estas estenosis son tan pronunciadas que impiden el pasaje del fibroscopio al duodeno. Y son responsables de persistencia de sufrimiento o de aparición de nuevas ulceraciones en la misma zona o en situación más proximal en el estómago.

Estas estenosis piloroduodenales determinan que el tratamiento quirúrgico deba ser de tipo resectivo o asociar a la vagotomía un procedimiento de drenaje (piloroplastia o gastroyeyunostomía). Para tratar de beneficiar también a estos pacientes mediante la vagotomía supraselectiva es que Johnston ideó la dilatación intraoperatoria de las estenosis en forma digital o con bujías de Hegar a través de una anatotomía. Sus resultados fueron muy buenos, pero agregan al procedimiento de la vagotomía supraselectiva un inconveniente cual es la apertura de la viscera.

Los autores proponen en este trabajo la dilatación por vía endoscópica.

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

INTRODUCCION

La estenosis evolutiva secundaria a ulcus pilórico y/o duodenal progresa hacia la estenosis total en el 10 % de los casos presentándose el síndrome pilórico con manifestaciones clínico-radiológico-endoscópicas (2).

Desde fines del siglo pasado esta complicación de la enfermedad ulcerosa fue tratada con operaciones de derivación simple o resección. Desde esa época a la actual se han propuesto distintas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de esa afección y sus complicaciones.

En 1943, Dragstedt demostró que la vagotomía troncal abolía la hipersecreción y la secreción ácida nocturna en pacientes portadores de úlcera duodenal (1).

La vagotomía asociada a distintas técnicas quirúrgicas se constituyó en uno de los proce-

Centro de Endoscopia Digestiva del Hospital Italiano. Montevideo.

dimientos habituales en el tratamiento de esta patología.

El advenimiento de la vagotomía ultrasselectiva para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal tuvo como contraindicación formal a la estenosis pilórica cicatrizal (3).

En 1971 el propio Johnston comienza a tratar esta complicación mediante vagotomía ultrasselectiva efectuando dilatación del píloro patológico mediante el uso de bujías de Hegar o maniobras digitales a través de una gastrotomía (4). Este procedimiento se realizó en 23 pacientes, comparándolo con otra serie de 23 pacientes a los que se les realizó vagotomía troncal más procedimiento de drenaje siendo los pacientes de ambas series portadores de similar patología. Los resultados de ambos procedimientos fueron comparados a 5 años, siendo ellos superiores en el primer grupo de pacientes de acuerdo a lo expresado en el cuadro adjunto:

Vagot. Ultr. Selec. y Dilat.		Vagot. Tr. y Dren.
Perfecto	18 (78 %)	10 (44 %)
Muy bueno	22 (96 %)	17 (74 %)
Regular	1 (4 %)	5 (22 %)
Malo	0	1 (4 %)

El advenimiento de la fibroscopía digestiva ha permitido un certero diagnóstico diferencial entre las estenosis de origen neoplásico de las de etiología ulcerosa, y aun dentro de este grupo, cuando se trata de una estenosis secuelear por cicatrización y fibrosis de las debidas a una úlcera en actividad.

Esta técnica que hasta ahora fue utilizada como método diagnóstico, bajo ciertas condiciones y con instrumental adecuado puede dilatar una estenosis sin necesidad de recurrir a la gastrotomía.

Es la misión de este trabajo, demostrar la viabilidad del método de dilatación endoscópica en la estenosis cicatricial piloroduodenal así como describir el instrumental utilizado por los autores, el cual fue diseñado y construido por los mismos para tal fin.

MATERIAL Y METODO

En 1979 comenzamos a pensar en la posibilidad de dilatar por vía endoscópica a los pa-

Presentado como Tema Libre al 31º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1980.

Médicos Endoscopistas del Centro de Endoscopia Digestiva del Hosp. Italiano.

Dirección: Liorna 6511. Montevideo. Dr. E. Sojo)

cientes portadores de estenosis cicatricial como manera de mejorar la evacuación gástrica y permitir posteriormente una intervención quirúrgica en mejores condiciones.

Estimulados por los trabajos de Johnston y Goligher y observando la casuística obtenida por el procedimiento de dilatación pensamos que ella podría realizarse sin necesidad de recurrir a la gastrotomía en el acto operatorio así como también en el preoperatorio de la vagotomía ultraselectiva, efectuando el procedimiento de dilatación mediante fibroscopia.

Es así como diseñamos y construimos distintos tipos de sonda balón las cuales debían reunir ciertas características que las hicieron aptas para el fin propuesto:

1) dilatar una estenosis fibrosa, a veces anfractuosa, de calibre irregular y con distinta extensión.

2) la de poder ser llevada por el fibroscopio hasta la zona de estenosis y posteriormente introducirse en la misma.

3) lograr dilatar la estenosis mediante la insuflación o la inyección de aire o agua respectivamente, en el sistema de la Sonda Balón.

4) poder controlar el grado de dilatación alcanzada una vez retirada la sonda Balón.

5) ser de un calibre tal que permita su pasaje por la orofaringe sin molestias para el paciente, de manera que este procedimiento sea tolerable utilizando la medicación habitual de una fibrogastroscofia convencional.

Todas estas premisas fueron casi resueltas al diseñar y construir 2 tipos de Sonda Balón: a) un tipo que se introduce en el canal del forceps.

b) otra que es llevada por el mismo fibroscopio mediante técnica adecuada. Esta fue la usada en los pacientes que motivaron este trabajo (Ver figuras 1 y 2).

Esta sonda Balón consiste en: —Sistema de presión utilizando una jeringa descartable de plástico, de pico lateral, con capacidad entre 20 y 50 c.c.

—Sistema valvular con llave de paso de tres vías que conecta la Sonda Balón con el sistema de presión y con un manómetro aneroide que mide las presiones a que está sometido el píloro durante el procedimiento.

—Sonda de conducción, de polivinilo.

—Balón de dilatación, presurizable.

—Hilo conductor de amarre y fijación.

El fibroscopio usado para realizar este método fue un Panendoscopio fibróptico esófago-gastroduodenal, de visión axial (Fujinon de 105 grados) y su correspondiente forceps para biopsia.

CASO CLINICO

Vamos a documentar nuestra experiencia con un caso:

Hospital Pasteur. O.A. sexo femenino, 66 años.

Historia: Antecedentes de hemorragia digestiva hace varios años tratada en ese momento con reposición y dieta alcalina, ignorándose etiología de la misma.

Dolor y ardor epigástrico postprandial desde hace varios meses.

Desde hace tres semanas, vómitos de alimentos en ocasiones. Concomitantemente dolor epigástrico que calma con los vómitos.

Dolor nocturno.

Adelgazamiento de varios Ks. en los últimos meses.

Estudio Radiológico: Mostró: —estómago dilatado.

—abundante líquido de retención.

—escaso pasaje a duodeno.

—bulbo deformado y estenosado, en desfilaro.

Endoscopia: Primer informe endoscópico (2/10/79): esófago sin lesiones. Cardias regular y permeable. Estómago con abundantes restos de alimentos y líquido de retención. Erosiones en pequeña curva gástrica, sector horizontal. Píloro deformado y estenosado con luz de tres mms. de diámetro. No se visualiza bulbo por ser infranqueable la estenosis. **En suma:** Erosiones de antro; Estenosis pilórica infranqueable que impresiona como de tipo cicatricial. (Fig. 3).

Tratamiento: Dilatación endoscópica del píloro. (fecha 16/10/79).

Premedicación: Valium y atropina 1 amp. i/m.

Procedimiento: paciente en decúbito lateral izquierdo con la cabeza flexionada sobre el tronco.

Se introduce el fibroscopio según técnica habitual, siempre bajo visión directa de la orofaringe pero con el agregado del forceps en su canal correspondiente quien toma el hilo conductor de la Sonda Balón y la fija al fibroscopio.

Luego se introduce éste con la sonda y se llega a la zona de estenosis.

Una vez enfrentado el fibroscopio a la estenosis se hace progresar el forceps el cual arrastra consigo al catéter o Sonda Balón, introduciéndose ambos en dicha estenosis.

En esta posición se comienza a inyectar aire o agua (Fig. 4, 5, y 6).

Maniobras suaves y medidas caracterizan este procedimiento.

Se observa como la luz, antes puntiforme, ofrece ahora un diámetro cada vez mayor a medida que se va dilatando (Fig. 6), permitiendo el paso del fibroscopio luego de retirada la sonda. Debemos tener en cuenta que el fibroscopio tiene 11 mms. de diámetro lo que afirma la efectividad del método en este paciente.

El diámetro con que queda el píloro luego de la dilatación depende de:

a) Tiempo de dilatación empleado.

b) Calibre de la Sonda Balón.

c) Frecuencia de las dilataciones.

d) Características de las fibrosis (extensión e intensidad de la misma).

Control Radiológico: Se efectuó una semana después de efectuada la dilatación mostrando:

(23/10/79) estómago reducido con evacuación a los tres minutos. Desfiladero con diámetro de 7 mms.

Control Clínico y evolutivo: Desde la fecha de la primera dilatación hasta cuatro meses después se constató:

- ausencia de dolor.
- ausencia de vómitos.
- aumento de peso de 4 Ks. en 4 meses.
- fue tratada en las primeras cuatro semanas con Cimetidina por las erosiones antrales.

Control Endoscópico: (III/80) mostró:

- ausencia de líquido de retención.
- Ausencia de erosiones.
- Píloro con diámetro de 9 mms.

Nueva dilatación: Se efectúa una semana después del control endoscópico obteniendo un diámetro de 12 mms. (ver fig. 7).

La tolerancia del procedimiento fue excelente existiendo únicamente moderada molestia epigástrica durante la insuflación del balón, quedando asintomática luego de ambas sesiones de dilatación.

CONSIDERACIONES:

El caso presentado ha demostrado la viabilidad del método, obteniendo la remisión de la sintomatología y la comprobación endoscópica 4 meses después de la permeabilidad del píloro dilatado.

Este método no intenta sustituir ningún tipo de tratamiento quirúrgico, más aún, puede ser considerado como una técnica suplementaria de la vagotomía supraselectiva cuando se quiere asociar a ésta un procedimiento de dilatación piloroduodenal, sustituyendo al procedimiento de dilatación a través de gastrotomía.

Este método permite medir el grado de dilatación alcanzado una vez realizada y se puede realizar en pacientes añosos y ambulatorios tantas veces como sea necesario con la medicación habitual de una fibrogastroscofia diagnóstica.

Su estudio prospectivo valorará la eficacia del mismo.

RESUME

Dilatation endoscopique des esténoses piloriques

La pratique de la fibroscopie gastroduodenale nous montre que fréquemment la cicatrisation des ulcères antrales ou piloriques duodenaux voisins du pilore, provoquent des déformations et des sténoses qui altèrent l'évacuation gastrique normale.

Dans quelques malades ces sténoses interdisent le passage du fibroscope dans le duodenum et provoquent un syndrome pilorique avec apparition de nouvelles ulcères dans l'estomac.

Ces sténoses piloroduodénales mènent à un traitement chirurgical de type résectif ou associé à la vagotomie avec drainage.

Les résultats furent bons mais ajoutent au procédé de la vagotomie supraselective un inconvénient qui est l'ouverture de l'estomac.

Les auteurs proposent dans ces malades la dilata-tion endoscopique.

SUMMARY

Endoscopic dilatation of piloric strictures as a sequela

Gastroduodenal fibroscopy has shown that the healing of piloric, antral and duodenal ulcers in the vicinity of the pilorus gives rise to deformities or strictures that alter normal gastric evacuation.

Sometimes these strictures are so pronounced that they impede passage of fibroscope into duodenum. They are also responsible for the persistence of pain or for the appearance of new ulcerations either in the same site or more proximal to stomach.

These piloroduodenal strictures require resective surgery or association of vagotomy and a drainage procedure such as pyloroplasty or gastrojejunostomy. It was precisely with a view to benefit such patients by means of supraselective vagotomy that Johnston thought of intraoperative dilatation of strictures, either digitally or with Hegar's bougies, through an antrotomy. Results were good but this procedure adds to supraselective vagotomy another inconvenient factor: the opening of an organ.

In this paper the authors propose dilatating by endoscopic approach.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DRAGSTEDT, L. R. and OWENS, F. M. Jr. - Supradiafragmatic section of the vagus nerves to the stomach in the treatment of duodenal ulcer. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 53: 152, 1943.
2. JOHNSTON, M. D. and GOLIGHER, J. C. - Selective, Highly selective, or Truncal Vagotomy Surg. Clin. North Am., 56: 1010, 1976.
3. JOHNSTON, D. and WILKINSON, A. R. - Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. Surg. Clin. North Am., 57: 289, 1977.
4. MC MAHON, M. J.; GREENALL, M. J.; JOHNSTON, D. and GOLIGHER, J. C. - Highly selective vagotomy plus dilatation of the stenosis compared with truncal vagotomy and drainage in the treatment of pyloric stenosis secondary to duodenal ulceration. Gut., 17: 471, 1976.