CIR DEL URUGUAY, V. 53, No. 2: 128 - 130, marzo/abril 1983

Funduplicatura de Nissen Intratorácica. Perforación Gástrica con Fístula Gastropleural

PALABRAS CLAVES (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: Gastro Esophageal Reflux, Gastric Fistula.

Dres. Bolivar Delgado, Hilmer Bowley, Jose L. Martínez y Juan Chifflet.

Clínica Quirúrgica "1" (Director Prof. Bolívar Delgado) H. Pasteur. Fac. de Medicina, Montevideo.

RESUMEN

...Se presentan 2 fístulas gastropleurales de evolución fatal como complicaciones de una funduplicatura de Nissen para el tratamiento de una esofagitis estenosante por reflujo gastroesofágico.

...Se hacen consideraciones acerca del probable mecanismo patogénico así como su frecuencia alertando acerca de esta gravísima complicación.

SUMMARY

INTRATHORACIC NISSEN'S FUNDOPLICATION. GASTRIC PERFORATION WITH GASTRO-PLEURAL FISTULA.

...Two cases of gastro-pleural fistula with fatal evolution are presented. They complicated a Nissen's fundoplication performed for peptic stricture due to gastro-esophageal reflux. Possible pathogenetic factors and frequency of this serious complication are considered.

RESUME

OPERATION DE NISSEN INTRATHORACIQUE. PERFORATION GASTRIQUE AVEC FISTULE GASTROPLEURALE.

On présente deux cas de fistule gastro-pleurale d'évolution fatale comme complication d'une opération de Nissen faite pour le traitement d'une sténose oesophagique par reflux gastroesophagien. Des considérations sont faites sur le probable mecanisme pathogénique ainse que la frequence sur cette grave complication.

INTRODUCCION

La esofagitis por reflujo puede llevar en sus etapas avanzadas a la estenosis fibrosa del esófago con acortamiento del mismo (esófago corto adquirido).

Esta estenosis es habitualmente dilatable pero debe acompañarse esta dilatación de una operación antireflujo como la forma más segura de evitar la recidiva. (3, 5, 8).

Esta situación es poco frecuente y se calcula que la presenta un 10% de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico por reflujo gastroesofágico (10).

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de Noviembre de 1982.

Prof. de Clínica Quirúrgica. Med. Residente de Cirugía Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica y Asistente de Cirugía Torácica.

Dirección: Brito del Pino 1554 Apto. 602. Montevideo (Dr. B. Delgado).

Cuando no es posible descender quirúrgicamente al cardias por debajo del diafragma aún con un abordaje torácico, nuestra clínica preconiza como tratamiento de elección la dilatación intraoperatoria por endoscopista y la realización de un procedimiento antireflujo, de preferencia la funduplicatura de Nissen, que en estas circunstancias queda intratorácica.

Si la liberación del esófago permite el descenso del cardias, empleamos también en algunas ocasiones la operación de Belsey Mark IV. Hamos tenido 2 complicaciones mortales con el Nissen intratorácico en esta situación que relataremos:

1) R. S. AEC N°: 3962 — 60 años sexo femenino.

Consulta por disfagia, que culmina una larga historia de esofagitis por reflujo no controlada con tratamiento médico.

— **Rx esófago-gastroduodeno** (Fig. 1) estenosis esofágica; hernia hiatal por deslizamiento; úlcera esofágica.

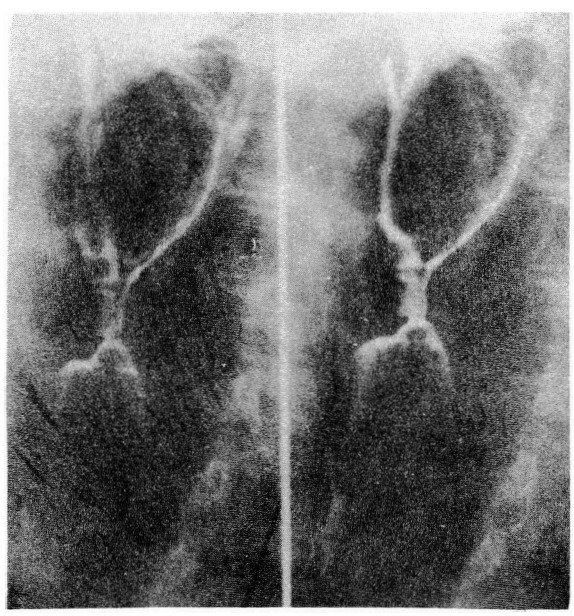

Fig 1. Estenosis esofágica, úlcera esofago, hernia hiatal.

— **Esofagofibroscopía:** estenosis esofágica a 32 cms. de la arcada infranqueable. Esofagitis erosiva por encima.

— **Operación:** 27—10—81 toracotomía izq. por el séptimo espacio. Liberación del esófago que presenta intensa periesofagitis. Estenosis esofágica de 2 cms. de longitud que se dilata fácilmente con el esofagoscopio (Dra. J. Ferraz). Nissen intratorácico previa frenotomía para la liberación gástrica. Sutura del estómago a la brecha diafrágmica.

Drenaje pleural.

— Postoperatorio: empieza al 6° día por fístula gastro-pleural que drena.

— Reoperación: perforación gástrica a nivel de uno de los puntos de amarre del estómago al diafragma. Sutura y drenaje pleural.

A pesar del intenso tratamiento instituido la paciente fallece en sepsis.

) R. . de L. — H.Cl N° 462129 -- 64 años. Sexo femenino.

n ulta por disfagia.

Pr enta historia de reflujo gastroesofágico desde hace años.

Hace 15 años se le diagnosticó una hernia hiatal.

Desde hace 8 meses disfagia progresiva.

Antec. personales: hipertensión arterial.

Examen: anemia clínica.

— Rx esofagogastroduodeno: estenosis del esófago distal. Hernia hiatal por deslizamiento. Reflujo gastroesofágico (fig.2).

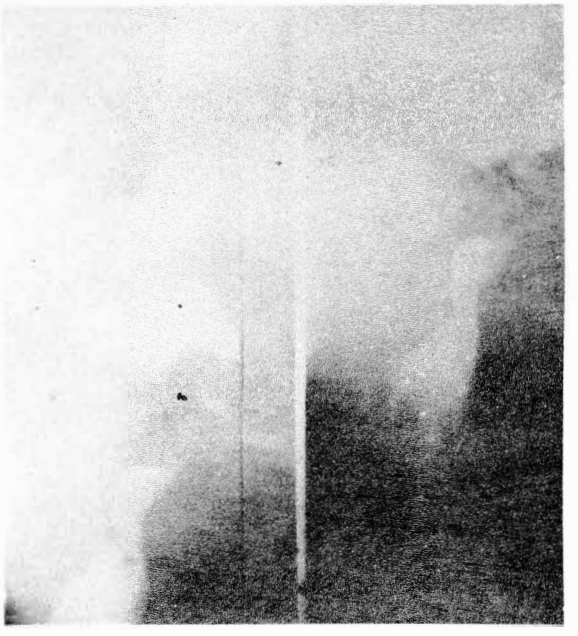

Fig. 2. Estenosis esófago distal, hernia hiatal reflujo gastroesofágico.

— Esofagoscopia: estenosis a 25 cms. de la arcada con úlcera a ese nivel y esofagitis erosiva por encima. Se biopsia la zona de la úlcera.

— Anatomía patológica: proceso inflamatorio crónico sin elementos de malignidad.

— Operación: toracotomía izq. 7° espacio. Hernia hiatal voluminosa. Se libera el esófago que presenta intensa periesofagitis.

Dilatación esofágica endoluminal con sonda de Fauchet lo cual se logra con facilidad.

A pesar de la disección, el cardias queda alto por lo cual se libera el estómago mediante una frenotomía.

En estas maniobras se produce un pequeño desgarro del techo gástrico que se sutura a 2 planos.

Funduplicatura de Nissen intratorácica.

Sutura del estómago a la brecha diafragmática.

El desgarro gástrico suturado queda dentro de la funduplicatura.

Drenaje pleural.

— Posoperatorio: al 7° día empiema por perforación de la bolsa gástrica-intratorácica: drenaje pleural.

Como la fístula gastropleural no se puede controlar a pesar del drenaje pleural, la aspiración y la alimentación parenteral, se reoperó a los 15 días efectuándose una operación de Sharck-Pirck con lo cual se logra controlar la fístula gastropleural pero a pesar de ello la paciente fallece al mes en sepsis probablemente por mediastinitis supurada.

DISCUSION

Ambas historias son casi calcadas y la complicación corresponde a una fístula gastropleural provocada por perforación gástrica en una operación de Nissen intratorácica.

Pennel (9) considera que esta operación es efectiva y segura para el manejo del esófago estenosado y acortado, pero otros autores como Mansour (6.7.) y Richardson (11) señalan una morbimortalidad importante por complicaciones graves.

De ellas la fístula gastropleural o gastrobrónquica ha sido señalada entre otras por Richardson (11) y la gastropericárdica por Leonardi (4).

Otros autores también se refieren a estas graves complicaciones torácicas del Nissen, señalando en cuanto a su frecuencia, Polk (10), que uno de cada cuatro pacientes presenta complicaciones.

En la serie de Mansour (7) de 10 Nissen intratorácicos, 5 tuvieron complicaciones de los cuales 2 roturas mortales de la funduplicación.

En la serie de Burnett (1) de 18 funduplicaturas torácicas 5 tuvieron fístulas (28%) 3 de las cuales murieron.

Se ha atribuido esta complicación postoperatoria inmediata a:1) alteraciones del riego sanguíneo del fundus gástrico (4.7).

2) Perforación a nivel de los puntos de sutura gástrica, sobre todo los de amarre del estómago al diafragma (4) que se arrancarían provocando la perforación y fistulización consiguiente.

Este último mecanismo fue claramente evidenciado como causa en nuestra primera observación.

Todo esto favorecido por la presión negativa intratorácica que promueve la distensión de la cámara gástrica intratorácica lo que condicionaría a su vez un aumento de la liberación de gastrina (11).

Este mecanismo ulcerógeno estaría también favorecido por un trastorno del vaciado gástrico provocado por 2 mecanismos (11): la posible constricción del estómago herniado a nivel del pasaje diafrágmatico y la lesión vagal, todo lo cual llevaría a una mayor exposición de la mucosa gástrica al jugo gástrico.

A ello se debe agregar la frecuente gastritis erosiva o ulcerada, que presenta la bolsa gástrica de la hernia hiatal lo que hace a la parte superior del estómago más friable.

En nuestra experiencia personal sobre 6 Nissen intratorácicos en esta situación tuvimos 2 complicaciones graves que condujeron a la muerte y que son las 2 relatadas en este trabajo.

Ello debe alertar sobre los riesgos de esta operación y en nuestra opinión solamente se debe aceptar el dejar un Nissen intratorácico cuando sea imposible su descenso subdiafrágmatico pero, es necesario decir que en esta situación es posible plantear otras opciones quirúrgicas sobre las cuales no tenemos experiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 BURNETT H F, MORRIS W D, CAMPBELL G S. Management of complications of fundoplication and Barret's esophagus. Surgery 82: 521, 1977.

2 BUSHKIN F L, WOODWARD E R, Q LEARY J P. Occurrence of gastric ulcer after Nissen funduplication. Ann Surg. 42: 821, 1976.

3 ESTAPE G. Esofagitis por reflujo. Monografia. Montevideo, Facultad de Medicina, 1973. (inédita).

4 LEONARDI H K, CROZIER R E, ELLIS F H. (Jr.) Reoperation for complicatios of the Nissen funduplication. J Thorac Cardiovasc. Surg.81: 50,1981.

5 MAHER W, HOCKING M P, WOODVERD E R Long-term follow-up of the comfundic patch fundoplication for treatment of longitudinal peptic strictures of the esophagus. Ann Surg, 194: 64, 1981.

6. —MANSOUR K.A., HANSEN H.A., HERSH T, MILLER J.I. (Jr), HATCHER C.H.R. (Jr). Colon interposition for advanced nonmalignant esophageal stricture. experience with 40 patients. Ann Thorac Surg, 32: 584,1981.

7. —MANSOUR K.A, BURTON H.G., MILLER J.I. (Jr). HATCHER C.H.R. (Jr).Complications of intrathoracic Nissen funduplication. Ann. Thorac Surg,32:173,1981.

8. —MORENO GONZALEZ E. Indicaciones y resultados de la utilización del parche de fundus gástrico en la estenosis péptica del esófago. Rev Esp Enf Ap Dig, 59:11,1981.

9. —PENNEL T.C. Supradiaphragmatic correction of esophageal strictures: Ann. Surg 193:655,1981.

10. —POLK H.C.M Funduplication for reflux esophagitis. Misadventures with the operation of choice. Ann Surg, 183:646,1976.

11. —RICHARDSON J D, LARSON G M, POLZ H C, (Jr):. Intrathoracic funduplication for shortened esophagus.Am J.Surg, 143:29, 1982.

12. —SKINNER D B, LEQUERLER Y, SEGOL Ph, MAILLET P, VIARD H, SAUBIER E C, STOPPA R. Le traitement conservateur des stenosses peptiques de l'œsophage de l'adulte. Ann Chir, 24:376,1980.