

Esofagitis por reflujo con estenosis y úlcera de Barret

Dres. César Pereyra Borrelli y Roberto Perdomo.

Las esofagitis por reflujo severas, estenosantes y ulcerativas, constituyen un problema quirúrgico de magnitud para el cual se han planteado las más variadas soluciones.

A propósito de una observación de este tipo se pasa revista sumaria a estas soluciones propuestas y sus fundamentos, destacando los valores relevantes de la operación de desviación duodenal total más gastrectomía distal (via abdominal) y vagotomía troncular (via torácica).

Los principios de esta técnica, con exclusión de la vagotomía troncular, fueron aplicados a nuestra paciente en ocasión de la recidiva de sus lesiones, post-procedimiento valvular intratorácico, antireflujo. La seguridad del resultado obtenido está enfatizada en un seguimiento por 5 años, con evaluaciones clínicas, radiológicas y endoscópicas seriadas.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Gastroesophageal Reflux, Esophageal Stenosis / Surgery.

SUMMARY: Esophagitis caused by reflux with stenosis and Barret ulcer.

Severe esophagitis due to reflux and accompanied with stenosis and ulcer conforms a serious surgical problem for which the most varied solutions have been proposed.

Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo.

In connection with an observation of this type, a summary review of said solutions and their fundaments is made, emphasis being laid on the outstanding value of the total duodenal deviation plus distal gastrectomy with an abdominal approach and vagotomy (with thoracic approach).

The principles of this technique, excepting the vagotomy, were applied in the operation of our patient upon recidivation of her lesions, after antireflux, intrathoracic valvular procedure. Soundness of results obtained is confirmed by a five-years follow up accompanied with serial clinical, radiological and endoscopic evaluations.

RÉSUMÉ: Oesophagite par reflux avec sténose et ulcère de Barret.

Les oesophagites par reflux sévères, sténosantes et ulcératives, constituent un problème chirurgical très important, pour lequel ont été proposées, les plus diverses solutions.

A propos d'une observation de ce type, on fait une révision sommaire des solutions proposées et leurs fondaments, en soulignant les valeurs les plus saillantes de l'opération de détournement duodénal total plus gastrectomie distale voie abdominale et vagotomie tronculaire (voie thoracique).

Les principes de cette technique, exclusion faite de la vagotomie tronculaire, furent appliquées à notre patient à l'occasion de la récurrence de ses lésions, post

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de agosto de 1984.

Prof. Adjunto de Semiología Quirúrgica. Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Charrúa 2379. Montevideo (Dr. R. Perdomo).

procédé valvulaire intra-thoracique antireflux. La sécurité du résultat obtenu est éphatisée par un "follow-up" de 5 années, avec évaluations cliniques, radiologiques et endoscopiques sériées.

INTRODUCCION

Las esofagitis por reflujo tienen su máxima expresión en el desarrollo de una estenosis, con o sin úlcera de Barret⁽⁶⁾, y acortamiento esofágico. El conjunto lesional responde a la acción agresiva sobre el esófago de los jugos digestivos, tanto gástricos (clohidropépticos) como biliopancreáticos. Ello sucede cuando están dadas las condiciones de reflujo gástro y/o duodeno-esofágico, asociado o no a la presencia corriente de una hernia hiatal por deslizamiento.

El tema de las hernias hiales y las esofagitis por reflujo, de vastas proyecciones, ha sido y es objeto de numerosos estudios. En nuestro país registramos los aportes hechos por Balboa y col.^(3, 4, 5, 6), Barquet⁽⁷⁾, Delgado⁽¹³⁾, Gutiérrez Blanco⁽¹⁹⁾, Mérola⁽²⁷⁾, Praderi^(32, 33, 34), Sanguinetti⁽³⁷⁾, Santurtún⁽³⁸⁾, Suiffet^(40, 41, 42, 43), Tomalino⁽⁴⁷⁾ y Victorica⁽⁴⁹⁾.

A través de una amplísima literatura, se han propuesto diversas técnicas quirúrgicas para enfrentar el problema mayor que comportan las esofagitis de grado severo o grave^(2, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 26, 46). Praderi⁽³³⁾, en 1968, relata cuatro observaciones de tal intensidad y los resultados obtenidos mediante su exéresis en tres oportunidades y cardioplastia en una. En 1977, Estapé⁽³⁾ pasa revista a aquellas variadas técnicas y Chifflet y col.⁽³⁾ realizan también un relevamiento de los pacientes operados en cuatro Clínicas de la Facultad de Medicina por esofagitis severas. El número de observaciones es, en conjunto, escaso como corresponde a esta situación de baja frecuencia y los procedimientos disímiles. La preferencia es hacia las técnicas conservadoras, anti-reflujo.

Un enfoque original, cuya utilización no ha sido comunicada en nuestra literatura sobre el tema, nos lo ofrece la técnica realizada primariamente por Holt y Large⁽²⁴⁾ para prevenir las esofagitis postcardiomiectomía en la acalasia. Luego registramos su aplicación por Royston y col.⁽³⁶⁾ al tratamiento de la esofagitis con estenosis y, por último, Herrington y Mody⁽²¹⁾ aconsejan su uso en situaciones de esofagitis estenosante en los que han fracasado los intentos previos por obtener un mecanismo antireflujo efectivo.

Consiste sumariamente en dejar intocadas las condiciones de reflujo pero volverlo inocuo a

través de la resección gástrica distal y desviación duodenal total por montaje yeyunal en Y de Roux (vía abdominal), complementada con vagotomía troncular (vía torácica).

Una paciente seguida por largos años y curada mediante el uso del tiempo abdominal de este procedimiento sencillo y efectivo, nos sirve de pretexto para examinar esta técnica y confrontarla con otras soluciones propuestas con la misma finalidad.

CASO CLINICO

Elida D. de A., 63 años. CASMU Reg. 95.576.

11/VI/76. 6 años: sensación de quemadura en epigastrio, iterativa. 2 años: su problema se hace casi permanente con pirosis intensa. Alivia con leche y alcalinos. Se acentúa al acostarse. 6 meses: Disfagia para sólidos y a veces para blandos. Pasa bien solamente los líquidos. Regurgitaciones sanguinolentas. *Antecedentes personales*: en tratamiento crónico con corticoides por "polimiositis esencial". Colectomizada por litiasis. *Examen*: Buen estado general. Hipocoloración de piel y mucosas. Mediana obesidad de tronco. *Abdomen*: globuloso, libre, sensible en epigastrio. *Laboratorio*: Anemia hipocrómica. *Secreción gástrica*: ausencia de secreción basal y posthistamina standard. 20/VI/76 - *Radiografía de esofagogastroduodeno*: (Figs. 1 y 2) Hernia hiatal por deslizamiento con reflujo gástro-esofágico. Estenosis tubular de 2-3 cm supradiaphragmática, con imagen suspendida en la placa de depleción (úlceras de Barret). Esófago acortado. 17/VI/76 - *Fibroesofagoscopia*: a 35 cm de la arcada dentaria, lesión ulcerada que ocupa su cara posterior, con fondo recubierto de fibrina y borde elevado y sangrante, que estenosa la luz. Se progresa hasta los 40 cm no pudiéndose entrar al estómago. La mucosa suprayacente es muy congestiva. Reflujo gastroesofágico. *Se biopsia en 8 pun-tos*. En suma: impresiona como una esofagitis por reflujo, con estenosis fibrosa y úlcera de Barret. *Informe de la biopsia*: Fragmentos de mucosa malpighiana esofágica con tejidos necróticos y exudados leucocitarios. Además, porciones de mucosa gástrica fúndica, con edema (endobraqiesófago). Sin elementos neoplásicos. 7/VI/76 - Ingresa de urgencia a Sanatorio. Dolor de epigastrio y retroesternal permanente e imposibilidad casi absoluta de alimentarse. Se realiza dilatación endoscópica. Mejora la disfagia. 10/VI/76 - *OPERACION*: Toracotomía posterolateral por 8º espacio izquierdo. Engrosamiento y edema parietal esofágico en la zona patológica (1/3 inferior), periesofagitis adherencial que fija el órgano al mediastino. Hernia hiatal por deslizamiento. Se abre el saco herniario y se libera el esófago en todo su sector infra-aórtico: con dificultad alrededor de la lesión. El cardias queda por encima del diafragma y resulta imposible descenderlo, pese a la amplia movilización efectuada. Plegamiento en valva anterior y lateral izquierda con fundus gástrico, que se fija con doble línea de puntos separados a la pared esofágica. Queda en posición intratorácica. *EVOLUCION*. Excelente resultado funcional inmediato. Desaparece el ardor y la pirosis, aunque persiste cierta disfagia. 22/VI/76 - *Radiografía de esofagogastroduodeno*: (Figs. 3 y 4) Se observa la zona de plegamiento valvular intratorácico, a través de la cual pasa el esófago en su sector lesionado. Persiste la estenosis. 21/VII/76 - *Varias secciones de dilatación esofágica*. Comienza a tolerar alimentación completa: carne, pan, galleta, etc. Sin disfagia y sin dolor. 9/VIII/77 - Luego de 10 meses bien, vuelve con síntomas de esofagitis por reflujo intensa. Dolor y ardor de epigastrio que la obliga a tomar mucaine casi de continuo. No puede estar acostada, sobre todo en periodo postpran-

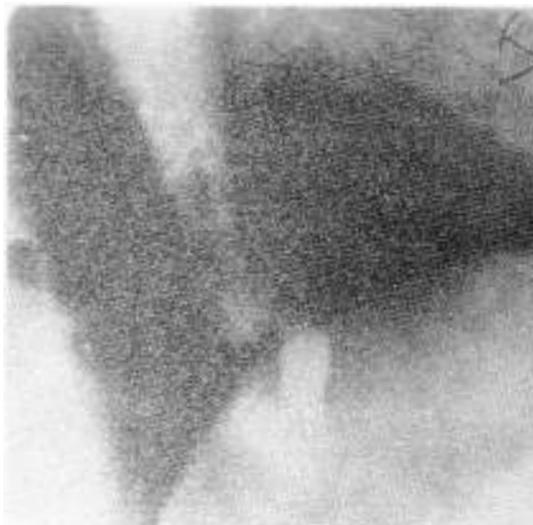
dial. Ligera disfagia. 17/VIII/77 - *Fibroesofagoscopia*: Esófago con ligera congestión mucosa en sus últimos centímetros. Cardias mucoso a 34 cm. No hay lesiones en la bolsa gástrica herniada. Reflujo gastro-esofágico durante el examen. En suma: hernia hiatal por deslizamiento, observándose claramente el plegamiento intratorácico realizado Reflujo gastroesofágico. Ligera esofagitis por reflujo. La úlcera de Barret observada hace un año curó totalmente. No se observa estenosis. Pasa a gastroenterólogo para continuar tratamiento médico. 9/X/78 - Ha tenido varios episodios de disfagia aguda, durando hasta 24 horas. Nitidos síntomas de reflujo gastroesofágico. Dolor persistente en epigastrio. No cede al tratamiento médico. 25/ 78 -*Fibroesofagoscopia*: Mucosa esofágica ligeramente congestiva y edematosa desde los 25 a los 35 cm. Cardias a 35 cm, donde existe una estenosis que puede ser dilatada con el instrumento. Reflujo gastroesofágico. La mucosa gástrica es congestiva y edematosa, existiendo abundante bilis en la luz. En suma: aparece actualmente una esenosis a 35 cm que no comprobamos en el examen anterior. 1/VI/79.

1/VI/79 - 2ª OPERACION . Laparotomía a través de la cicatriz subcostal derecha (de colecistectomía), ampliándola hacia la izquierda. Se explora hiatus esofágico: estómago ascendido en embudo invertido y fijo por su fundus al mediastino. Descenso imposible al abdomen, así como identificar troncos vagales. Gastrectomía amplia, subtotal, dejando sobre gran curva solamente dos vasos cortos (los más altos fueron suprimidos en la fundo-plicatura torácica previa) y ligando la arteria coronaria en forma habitual. Sección del yeyuno a unos 50 cm del ángulo duodeno-yeyunal y anastomosis término-lateral yeyuno-yeyunal. Gastroenterostomía en Y de Roux término-terminal a nivel de gran curva gástrica. Procedemos de tal modo a realizar la etapa abdominal de la operación de Herrington y Mody⁽²⁾, quedando abierta la posibilidad de un tiempo posterior torácico de vagotomía troncular. Ello si la evolución lo aconsejare, cosa que dudamos vaya a suceder. *Anatomía patológica*: estómago con lesiones de gastritis crónica, atrofia glandular, metaplasia intestinal y abundantes infiltrados linfocitarios.

EVOLUCION. Pasa 2 a 3 semanas del postoperatorio con diarrea intensa y pérdida de peso, que alarma bastante. Se recupera lentamente con medidas dietéticas y medicamentosas, regularizando el tránsito intestinal. Desaparece por completo la sintomatología de reflujo. Persiste cierto grado de disfagia para sólidos, que no le impiden alimentarse. 14/III/80 - *Radiografía de esofagoduodeno*: Esófago sin alteraciones. Hernia hiatal por deslizamiento de tipo mixto (el componente de aspecto para hiatal corresponde al plegamiento previo persistente). Reflujo gastroesofágico nítido (e inocuo). En algunos negativos se observa estenosis persistente. 8/IX/80 - *Fibroesofagoscopia*: Mucosa esofágica sana hasta los 36 cm donde se observa una estenosis, firme, recubierta por mucosa de aspecto sano, de un centímetro de diámetro. Permite el pasaje del instrumento. Estómago residual y neoboca gastroyeyunal normales. Se realizan varias secciones de dilatación esofágica. Desaparece por completo la disfagia residual. 13/II/81 - *Fibroesofagoscopia*: Esófago sin lesiones. Cardias normal y no estenosado. Pudimos pasar fácilmente al estómago. Gastroyeyunostomía permeable. En suma: No lesiones esofágicas. XI/83 - Continúa asintomática a los 4 años de la operación de Herrington y Mody. 3/XI/83 - *Ultimo control radiológico*: (Figs. 5 y 6) Ligera disminución de la luz esofágica, amplia, tubular, de aspecto cicatricial en situación epifrénica. Hernia hiatal por deslizamiento. Muñón gástrico y anastomosis gastro yeyunal sin alteraciones. Reflujo gastroesofágico.

EN SUMA: Enferma de 63 años con terreno de poliomiocitis esencial y obesidad. - Esofagitis por reflujo grave, intervenida dos veces y seguida en su curso evolutivo por 8 años. - Lesiones iniciales de estenosis y úlcera de Barret a los 35 cm de la arcada dentaria. Esófago corto o acortado. - Primera opera-

ción de plegamiento valvular intratorácico por imposibilidad de descender el cardias al abdomen. - Buena evolución inicial con posterior reaparición del reflujo y la estenosis. - Reintervención (1979) con realización del primer tiempo (abdominal) de la operación de Herrington y Mody. - Diarreas y pérdida de peso iniciales. Posterior curación clínica y endoscópica (previa dilatación de la estenosis residual). - Radiológicamente persiste rigidez amplia en la zona y se mantiene el reflujo gastroesofágico del contraste, que ha perdido funcionalmente su carácter irritativo para el esófago.



Figs. 1 y 2. Preoperatorio 1ª intervención. Hernia hiatal por deslizamiento. Depósito de bario suspendido con zona de estenosis epifrénica. Configuración recta e infundibular del esófago, con aspecto festoneado de la mucosa supraestenótica.



Figs. 3 y 4. Control al 10º día de la 1ª intervención. Plegamiento intratorácico a través del cual pasa al esófago lesionado. Persiste la estenosis. No hay reflujo gastro-esofágico.

Figs. 5 y 6. Control a los 4 años de la 2ª intervención. Hernia hiatal por deslizamiento. Se ha perdido por completo el plegamiento valvular primario. Zona de estenosis residual aún visible, pero amplia, tubular. No se ve depósito ulceroso. Reflujo gastro-esofágico del contraste. Muñón gástrico y anastomosis gastroyunal sin alteraciones.

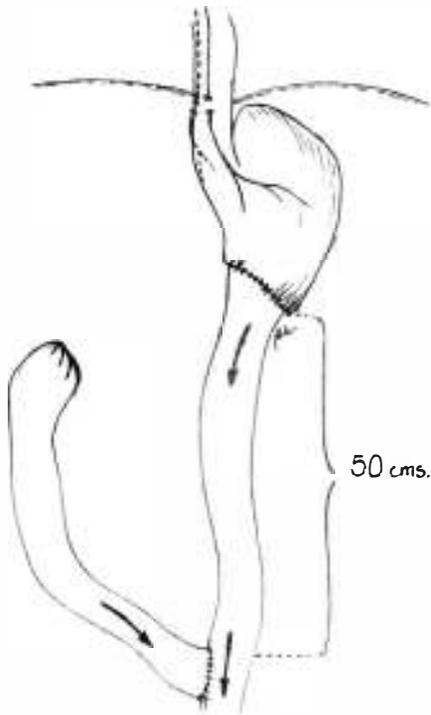


Fig. 7. Operación del Holt y Large. Gastrectomía distal y desviación duodenal total por montaje en Y de Roux, más vagotomía troncular por la misma vía abdominal. Aplicada a la prevención de las esofagitis por reflujo post-cardiomiectomía.

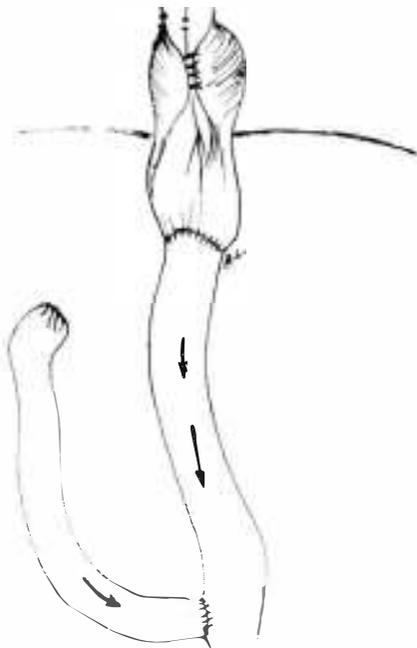


Fig. 8. Operación de Herrington y Mody. Igual a la anterior, salvo tiempo independiente de vagotomía por vía torácica. Aplicada a los fracasos de los métodos conservadores antireflujo. En el esquema se supone un Nissen intratorácico, mantenido pero con fracaso en la continencia.

DISCUSION

Las esofagitis por reflujo crónicas que alcanzan la etapa severa o grave, de estenosis organizadas con o sin úlcera de Barret, constituyen un problema especial dentro del más amplio campo de las esofagitis por reflujo. Es una etapa evolutiva en que la solución quirúrgica deviene una necesidad, aislada o combinada con las dilataciones de las estenosis constituidas.

Nada es más ilustrativo que observar el panorama que ofrecen la diversidad de las técnicas propuestas, para comprender la complejidad de ese problema. Sin pretensión de ser completos examinaremos tal panorama y sus características principales:

1. La simple realización de una técnica valvular antireflujo, en forma de manguito completo a la manera de Nissen⁽¹⁹⁾ o sus variantes de raíz semejante: Dor⁽¹⁴⁾, Toupet⁽⁴⁸⁾, Hill⁽²³⁾, Hiebert y Belsey⁽²²⁾, tropieza con una dificultad frecuente cual es el esófago corto o acortado en razón de la retracción fibrosa. Este se resiste a permitir que el cardias retorne a su posición primaria, infra diafragmática.

Gatzinsky y Bergh⁽¹⁷⁾ señalan al respecto que la presencia de estenosis y ulceración, entre otros factores, deben hacer presumir la retracción centripeta de la porción enferma del esófago. Boutelier⁽¹⁰⁾ propone intervenir por vía torácica izquierda para liberar todo el esófago infraaórtico y de ese modo logra su descenso al abdomen, su plegamiento o úndico y su fijación preaórtica a la manera de Hill⁽²³⁾.

Los autores insisten sobre la importancia de llevar el cardias al abdomen para dar efectividad al plegamiento antireflujo. De otro modo, la válvula ha de quedar fijada al tórax y ello conspira contra la permanencia de su efectividad, predisponiendo a la recidiva del reflujo.

Gatzinsky y Bergh⁽¹⁷⁾ anotan 100% de acortamiento esofágico en las estenosis pépticas, con 71% de irreductibilidad y 57% de recidivas dentro de los 24 meses en plegamientos torácicos. Tal lo que sucedió en nuestra paciente. Pese a una amplia liberación esofágica no pudimos descender el cardias al abdomen; el plegamiento quedó en el mediastino y la sintomatología por reflujo recidivó luego de un período de 10 meses de franca mejoría, con curación de la úlcera de Barret.

Otro hecho que marca las dificultades y el valor de esta característica posicional, es la técnica de gastroplastia ideada por Collis⁽¹²⁾, quién para lograr alargar el esófago confecciona una formación tubular que se prolonga por la pequeña cur-

va gástrica. Se ilega así con facilidad a constituir un neocardias infradiaphragmático. A esta técnica básica se le agregan diversos procedimientos de plegamiento antirreflujo: Orringer⁽³⁰⁾, Henderson⁽²⁰⁾.

2. En el grupo de procedimientos que actúan directamente sobre las lesiones estenóticas, señalamos la técnica de Thal y col.⁽⁴⁶⁾. Estos autores incinden longitudinalmente la estenosis esofágica y la brecha resultante la cubren con la serosa de la cúpula gástrica, suturada en su torno. Si esta técnica se realiza dentro del órax, pesarán sobre ella los inconvenientes destacados en el primer punto de nuestro análisis, tal vez incrementados por su carácter más invasivo.

De ahí en más, nos encontramos con las técnicas reseccionistas que apuntan a la supresión de las lesiones estenóticas-ulcerativas y a la prevención eventual de su transformación maligna, evaluada en más del 10% (Richard⁽³⁵⁾, Naef y Savary⁽²⁸⁾). Mencionamos en este sentido:

a. La técnica de esofagogastrectomía proximal de Sweet⁽⁴⁵⁾, modificada por Lortat-Jacob y col.⁽²⁵⁾ mediante la confección de una anastomosis invaginada, continente, preventiva de la renovación del reflujo.

b. La operación de Ellis⁽¹⁶⁾ que agrega al Sweet la amputación del antro gástrico y vagotomía troncular, con anastomosis gastroduodenal. Se procura si suprimir la acidez gástrica e inactivar la acción del reflujo.

Indudablemente, estas operaciones tienen una mayor morbimortalidad que aquellas menos invasivas.

3. Luego fue evidente que no bastaba con suprimir el reflujo clorhidropéptico y que la acción de los jugos bilio-pancreáticos tenía un rol evaluado aún como más agresivo sobre la mucosa esofágica. Entre otras pruebas de esta acción del reflujo alcalino, cabe citar la observación de Carriquiry y Luksemburg⁽¹¹⁾: estenosis esofágica postgastrectomía total, con anastomosis esofagoyeyunal en asa de Warren, por repermabilización de la ligadura hecha sobre el asa aferente. En nuestra paciente puede también observarse que, aunque su estudio funcional gástrico anotaba anaciorhidria, una endoscopía posterior destaca la abundancia de líquido bilioso en el estómago.

Las operaciones se orientaron entonces a la exéresis con interposición de segmentos viscerales, parciales o totales, para evitar por completo el reflujo hacia el esófago residual:

a. Exéresis esófago-gástrica proximal con interposición de un segmento de intestino delgado

(Allison y col.⁽²⁾, Merendino y Millard⁽²⁶⁾), o de colon (Belsey⁽⁹⁾).

b. Exéresis esofágica total con esofagoplastia con colon (Dor⁽¹³⁾) o con tubo gástrico (Gravilliu⁽¹⁸⁾).

Estas técnicas —ideadas primariamente para el tratamiento de las neoplasias esofágicas y aplicadas a esta situación de fondo benigno— conllevan una pesada carga de morbimortalidad que supera al grupo anterior.

4. Arribamos así al tipo de procedimiento que intenta evitar todo reflujo agresivo, sea clorhidropéptico o biliopancreático, aún sin realizar ningún mecanismo de protección valvular. Ello se logra de dos modos:

a. *Operación de Allison I*⁽²⁾ con exéresis esofagogástrica proximal, exclusión gástrica distal y desviación inferior de las secreciones bilio-pancreáticas por anastomosis esófago-yeyunal en Y de Roux. Esta técnica de gran interés tiene el inconveniente de actuar sobre el foco lesional para su exéresis y excluir totalmente al estómago, generando trastornos carenciales que llevaron a desestimarla.

b. En 1961 Holt y Large⁽²⁴⁾, modificando la idea inicial de Allison, proponen su operación neutralizadora de la acción nociva del reflujo, para ser aplicada a las esofagitis sin estenosis, secundarias a las cardiomiectomías por mágaesófago: gastrectomía distal, vagotomía troncular y desviación duodenal total por Y de Roux. (Fig. 7) Para los casos más severos, con estenosis esofágica, estos autores agregan a su técnica un tiempo de exéresis de la zona cardioesofágica lesionada.

Payne (1970)⁽³¹⁾ utiliza también una Y de Roux o interpone un asa delgada entre el estómago y el duodeno —luego de la gastrectomía distal— para evitar el reflujo alcalino. En 1975 Royston y col.⁽³⁶⁾ tienen éxito en el tratamiento de 8 pacientes con estenosis esofágica severa mediante la dilatación de la estenosis, asociada a la antrectomía y desviación en Y de Roux.

En 1976, Herrington y Mody⁽²¹⁾ retoman la operación de Holt y Large, excluyendo toda acción directa sobre el esófago lesionado. La aplican también como solución satisfactoria a pacientes con esofagitis severa, estenosante. Pero destacan que el procedimiento debe ser utilizado solamente en segunda o tercera instancia, luego del fracaso de uno o más intentos de lograr un mecanismo antirreflujo permanente y efectivo.

La operación (Fig. 8) consta de dos tiempos: 1) *abdominal* de gastrectomía distal (antrectomía), cierre del muñón duodenal y anastomosis gastroyeyunal término-terminal en Y de Roux, con anastomosis de desviación yeyuno-yeyunal término-

lateral a 50 cm o más de la boca gástrica; 2) *torácico* de vagotomía troncular. En el tiempo abdominal se consigue inactivar la secreción gástrica y desviar distalmente los jugos biliopancreáticos. De modo que, a partir de ese momento, aunque quedan intactas las condiciones previas de reflujo gastroesofágico, éste pierde por completo su carácter agresivo para la mucosa esofágica.

La vagotomía troncular intratorácica complementaria tiene, naturalmente, como inabilidad abordar los vagos fuera del área cardial modificada por las operaciones previas, y suprimir también toda posible acción vagal secretoria. Esto apunta a reforzar la anulación secretoria gástrica y su posible doble acción: en el mantenimiento de un reflujo clorhidropéptico irritante y en la producción eventual de un *ulcus* de la neoboca anastomótica de la misma naturaleza.

En nuestra enferma no realizamos el segundo tiempo, vista su edad avanzada y el carácter anaclorhídrico de su secreción gástrica, ampliando en cambio la resección gástrica hacia el tipo de exéresis subtotal distal. Entendíamos que en su caso esto sería suficiente y la evolución nos ha dado la razón hasta el momento (5 años).

El estudio evolutivo esofágico en nuestra paciente mostró la normalización completa de las lesiones mucosas, pese a la persistencia radiológica de un reflujo fácil del contraste baritado. Obviamente, aunque se detuvo la evolutividad de la estenosis, fue preciso dilatar el anillo fibroso residual y, aunque la endoscopia ya no distingue estrechez luminal, su secuela sin valor funcional se evidencia aún a la radiología.

Concluimos esta reseña destacando la opinión de Herrington y Mody:

a. La operación está indicada en casos seleccionados y solamente cuando otros procedimientos antirreflujo han fracasado.

b. Debe considerarse seriamente su aplicación cuando el abordaje a la región cardial está obstaculizada por un severo proceso inflamatorio crónico.

c. También cuando las referencias anatómicas están distorsionadas.

d. Y cuando se teme que el flujo vascular al área pueda estar comprometido.

e. Aparte de la desviación biliopancreática determinada por la Y de Roux — que sería lo principal para prevenir la esofagitis — la resección gástrica distal y la vagotomía son necesarias para prevenir el desarrollo de una úlcera de la neoboca.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALLISON P.R. — Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia and the anatomy of repair. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 92: 419, 1951.
2. ALLISON P.R., WOOLER G.H. and GUNNING H.J. — Esophagojejunogastrostomy. *J. Thorac. Surg.*, 33: 738, 1957.
3. BALBOA O., CARDOZO T., CHIFFLET J., ESTAPE G., ROMANO D., SOJO E. y SOTO J.E. — Esofagitis por reflujo en el adulto. Mesa Redonda. Congreso Uruguayo de Cirugía, 27°. *Cir. Urug.*, 47: 393, 1977.
4. BALBOA O., DELGADO F. y VOELKER R. — Incompetencia del esfínter esofágico inferior normotenso. *Cir. Urug.*, 45: 550, 1979.
5. BALBOA O., VOELKER R. y DELGADO F. — Manometría en la achalasia de esófago. *Cir. Urug.*, 50: 378, 1980.
6. BALBOA O., SANTURTUN P. y ARDAO G. — Incompetencia cardial en la hernia hiatal por deslizamiento. Presentado al Congreso Uruguayo de Cirugía, 33°. Montevideo, 1982 (en prensa).
7. BARQUET A. — Esofagitis por reflujo. Bases anatómicas y fisiopatológicas. Congreso Uruguayo de Cirugía, 19°, 2: 167, 1968.
8. BARRET N. — Chronic peptic ulcer of the esophagus and esophagitis. *Br. J. Surg.*, 38: 175, 1950.
9. BELSEY R. — Reconstruction of the esophagus with left colon. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 48: 33, 1965.
10. BOUTELIER P. — Traitement chirurgical conservateur des sténoses peptiques de l'oesophage. *Chirurgie*, 102: 700, 1976.
11. CARRIQUIRY L.A. y LUKSEMBURG J. — Estenosis esofágica por reflujo alcalino tras gastrectomía total. *Cir. Urug.*, 52: 297, 1982.
12. COLLIS J.L. — An operation for hiatus hernia with short esophagus. *J. Thorac. Surg.*, 34: 778, 1957.
13. DELGADO F. — Esofagitis péptica estenosante. Monografía. Facultad de Medicina, Montevideo, 1970 (inédita).
14. DOR S., HUMBERT P., PAOLI J.M., NOIRCLERC N. et AUBERT J. — Traitement du reflux par la technique dite de Heller. *issen modifiée. Presse Med.*, 75: 2563, 1967.
15. DOR S., NOIRCLERC N., CHAUVIN G., RANDIANONIMAN-DIMBY J., MARINETTI C. et LERRENT P. — L'oesophagoplastie avec colon transverse par voie rétro-sternale. *Ann. Chir.*, 32: 111, 1978.
16. ELLIS F.H. (Jr.) — A physiologic operation for ulceration and stricture of the terminal esophagus. *Mayo Clin. Proc.*, 31: 615, 1956.
17. GATZINSKY P. and BERGH N. — Hiatal hernia and shortened esophagus. *Acta Chir. Scand.*, 145: 159, 1979.
18. GRAVILLI D. — Etat actuel de procédé de reconstruction du tube de l'oesophage par tube gastrique. *Ann. Chir.*, 19: 219, 1965.
19. GUTIERREZ BLANCO H. — Etiopatogenia, clínica y tratamiento médico de las hernias del hiato esofágico del diafragma. Congreso Uruguayo de Cirugía, 9°, 257, 1958.
20. HENDERSON R.D. — Reflux control following gastroplasty. *Ann. Thorac. Surg.*, 24: 206, 1977.
21. HERRINGTON J.L. (Jr.) and MODY B. — Total duodenal diversion for treatment of reflux esophagitis uncontrolled by repeated antireflux procedures. *Ann. Surg.*, 183: 636, 1976.
22. HIEBERT C.A. and BELSEY R.H. — Incompetency of the gastric cardia without radiologic evidence of hiatal hernia. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 42: 352, 1961.
23. HILL L.D. — An effective operation for hiatal hernia: an eight year appraisal. *Ann. Surg.*, 166: 681, 1967.
24. HOLT C.J. and LARGE A.M. — Surgical management of reflux esophagitis. *Ann. Surg.*, 153: 555, 1961.

25. LORTAT-JACOB J.L., MAILLARD J.N. et FÉKÉTÉ F. — La prévention du reflux après résection oesophagogastrique par un procédé d'anastomose continente. *Mem. Acad. Chir.*, 84: 840, 1958.
26. MERENDINO K.A. and MILLARD D.H. — The concept of sphincter substitution by an interposed jejunal segment for anatomic and physiologic abnormalities at the esophagogastric function. *Ann. Surg.*, 142: 486, 1955.
27. MEROLA L. — Esofagitis postoperatoria. Congreso Uruguayo de Cirugía, 19°. 1968.
28. NAEF A.T. and SAVARY M. — Conservative operations for peptic esophagitis with stenosis in columnar lined lower esophagus. *Ann. Thorac. Surg.*, 13: 543, 1972.
29. NISSEN R. et ROSSETTI M. — Chirurgie de la hernie hiatale et du syndrome du reflux. La fundoplicature et la gastro-pexie. *J. Chir.*, 83: 659, 1962.
30. ORRINGER M.B. and SLOAN H. — Combined Collis-Belsey reconstruction of the esophagogastric function. *Ann. Thorac. Surg.*, 25: 16, 1978.
31. PAYNE W.S. — Surgical treatment of the reflux esophagitis and stricture associated with permanent incompetence of the cardia. *Mayo Clin. Proc.*, 48: 553, 1970.
32. PRADERI L.A. — Hernia hiatal por deslizamiento. Indicaciones, técnica y resultados. *Rev. Cir. Urug.*, 37: 53, 1967.
33. PRADERI L.A. — Estenosis esofágicas benignas. A propósito de 13 casos operados. *Rev. Cir. Urug.*, 38: 127, 1968.
34. PRADERI L.A. y BALBOA O. — Esofagitis por reflujo no complicada. Presentado a Soc. Cir. Uruguay. Sesión 7/VIII/1982.
35. RICHARD C.A. — La chirurgie dans les oesophagitis peptiques. *Ann. Chir.*, 32: 649, 1978.
36. ROYSTON C.M.S., DOWLING B.L. and SPENCER J. — Antrectomy with Roux-en-Y anastomosis in the treatment of peptic esophagitis with stricture. *Br. J. Surg.*, 63: 605, 1975.
37. SANGUINETTI J.A. — Tratamiento de las estenosis pépticas graves del esófago. Valor de la esofagocoloplastia. Tesis de doctorado. Facultad de Medicina. Montevideo, 1983 (inérita).
38. SANTURTUN P., PRADERI L.A. y RICCIARDI N. — Neumopatía recidivante por reflujo gastroesofágico. *Arch. Pediatr. Urug.*, 52: 42, 1981.
39. SEINELDIN S., LUQUE A., SOLA T. y TALARN C. — Cirugía de la esofagitis grave y de la estenosis péptica del esófago. Técnica de Pearson. *Rev. Argent. Cir.*, 45: 147, 1983.
40. SUIFFET W., MUSSO R. y PEYRALLO R. — Hernia por deslizamiento del hiatus esofágico. Esofagitis por reflujo. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 22: 695, 1951.
41. SUIFFET W. — Tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas. La vía de abordaje abdominal. *Med. Urug.*, 1967-1968.
42. SUIFFET W. — Tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas. La vía de abordaje torácica. *Med. Urug.*, 1967-1968.
43. SUIFFET W., ITUÑO C. y ESTAPE G. — Hernias del hiato esofágico del diafragma. Análisis de las indicaciones operatorias. *Cir. Urug.*, 42: 236, 1972.
43. SUIFFET W., ITUÑO C. y ESTAPE G. — Hernias del hiato esofágico del diafragma. Análisis de las indicaciones operatorias. *Cir. Urug.*, 42: 236, 1972.
44. SUIFFET W., ITUÑO C. y ESTAPE G. — Hernias del hiato esofágico. Táctica terapéutica quirúrgica. *Cir. Urug.*, 42: 239, 1972.
45. SWEET R.H. — The surgical treatment of peptic ulceration and stricture of the lower esophagus. *Ann. Surg.*, 139: 258, 1954.
46. THAL A.P., HATAFUKU T. and KURTZMANN R.A. — A new method for reconstruction of the esophagogastric junction. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 120: 1225, 1965.
47. TOMALINO D., PRADERI L.A. BALBOA O., ROMANO D., GUTIERREZ H., FUGASOT E., TOUYA E. y RICCIARDI N. — Patología respiratoria y reflujo gastroesofágico. *Prensa Méd. Urug.*, 1: 1, 1982.
48. TOUPET A. — Technique d'oesophage-gastroplastie avec phrénogastropexie appliquée dans la cure radicale des hernies hiatales et comme complément de l'opération de Heller dans les cardioespasme. *Mem. Acad. Chir.*, 89: 394, 1963.
49. VICTORICA A. — Hernias diafragmáticas. Relato. Congreso Uruguayo de Cirugía, 9°. 1: 99, 1958.

COMENTARIOS:

Dr. VALLS: Yo felicito al Dr. Pereira Borelli y al Dr. Perdomo por haber traído este caso. Evidentemente esta técnica es muy buena y uno piensa más que nada que en este caso lo beneficioso es que tenía un reflujo alcalino que se vio ya de entrada. Lo que yo lamento es que la gastrofibroscopia no haya podido mostrar el píloro porque a lo mejor había un reflujo muy importante duodeno-gástrico que haría pensar que una operación de Nissen y sobre todo si se hace hiperclorhidria en la aparición de las lesiones de gastritis y esofagitis alcalina. En esta enferma que tenía un reflujo biliar lo más importante fue evitar que la bilis volviera al estómago. La operación ideal fue la que él hizo, una gastrectomía porque no se pudo volver a hacer un esfínter pilórico que haga que la bilis no vuelva al estómago; hacer una Y de Roux de tal manera que quede un asa que no pueda ir contra el movimiento peristáltico y producir las lesiones que provocó en esta enferma. Evitando el reflujo biliar evitó las lesiones esofágicas y mejoró las lesiones gástricas que debía tener de gastritis alcalina. Habría que meditar cuando se opera un enfermo con una hernia hiatal y con una incontinencia cuál es el contenido y cuál es el tipo de operación que hay que ha-

cer y quien sabe si en algunas circunstancias esta operación no debe ser hecha de entrada. Lo felicito porque evidentemente lo pensaron muy bien y obtuvieron muy buen resultado.

Dr. PERDOMO: Quiero dar a entender por qué trajimos este trabajo. Alguien nos va a mirar un poco sorprendido porque es una sola observación. Verdaderamente vivimos un problema muy importante con esta enferma. Después que la operamos por vez primera la enferma nos perseguía porque vivía tomando Mucaine hora a hora, con un ardor permanente y con una disfagia que la teníamos que dilatar para poderla alimentar. Cuando salimos de este problema fue merced a la información que recibimos en un curso que se hizo en el Clínicas donde el Dr. Fékété mencionó esta operación. Le pregunté de dónde la había sacado, me dio la ficha bibliográfica, la fui a buscar, la analicé y pensé que era la solución para esta enferma. Estaba viviendo un problema bibliográfico puro porque no existía experiencia a la cual referirme. Las cosas salieron bien y si sirvió para esta enferma nos pareció que había que difundir la técnica porque puede servir para otros casos. Por suerte son muy pocos, pero cuando se dan lo hacen de una manera muy intensa y severa.