

Tratamiento endoscópico de las estenosis esofágicas

A propósito de 380 dilataciones en 129 pacientes

Nuevo instrumental

Dres. Gustavo H. De Simone¹, Alvaro Piazze²,
Carlos Boccardo³, Walter Zimmer⁴

Resumen

Las dilataciones endoscópicas de estenosis esofágicas de diversas etiologías constituyen tratamientos paliativos transitorios o definitivos según las circunstancias.

La utilización de fibroendoscopia operativa permite sesiones seguras, ambulatorias, sin anestesia general, resultando de elección frente a la endoscopia rígida.

Se presenta la experiencia de 10 años (1980-1990) a propósito de 380 sesiones de dilatación en 129 pacientes.

Se analizan las indicaciones, material, método y resultados, concluyéndose que promedialmente se necesitan 3 sesiones para alcanzar un diámetro de 15-17 mm compatible con una dieta normal, aconsejándose aumentar paulatinamente 3 a 4 mm por vez.

Palabras clave: Endoscopia
Estenosis esofágica

Summary

Endoscopic dilations of esophageal stenosis of various etiologies constitute transient or definitive palliative treatment according to the circumstances. The usage of operative fibroendoscopy makes possible secure, ambulatory sessions with no general anesthetics, and it is of election as opposed to rigid endoscopy. The authors present the 10 year experience (1980-1990) of 380 dilation sessions in 129 patients. They analyse indications, material, method and results, and arrive to

the conclusion that on average 3 sessions are needed in order to reach a 15-17 mm diameter which makes possible a normal diet and advise a gradual increment of 3-4 mm at a time.

Introducción

Con frecuencia nos son referidos pacientes con estenosis esofágicas de diversas etiologías, para su estudio y tratamiento a través de procedimientos endoscópicos operativos.

El síntoma uniformemente presente y muy molesto para el paciente es la disfagia, que con diversos grados de severidad, repercute sobre un correcto ingreso oral calórico-proteico, llevándolos a una repercusión hidrometabólica y del estado general.

Cuando el tratamiento con dilataciones está indicado, ya sea como complemento o alternativo a la cirugía o ambos, utilizamos técnicas no convencionales. Es decir fibroscopios flexibles e instrumental accesorio específicamente desarrollados para realizar dilataciones esofágicas, más seguras y de mejor tolerancia por parte de los pacientes (1). Con ellos, las dilataciones esofágicas pueden ser realizadas en forma ambulatoria, evitando anestésicos generales e internaciones innecesarias.

Antiguamente se utilizaban los endoscopios rígidos, en procedimientos de mayor riesgo y molestos para el paciente, requiriendo de internaciones y el uso de anestesia general.

Con las técnicas no convencionales se ha logrado mejorar el rol social de los pacientes que junto a los otros beneficios referidos las transforman en el tratamiento de elección.

1 Director del Centro de Diagnóstico y Tratamiento endoscópico de enfermedades digestivas de M.U.C.A.M. 2 Residente de Cirugía. Endoscopista del Centro de Diagnóstico y Tratamiento Endoscópico de Enfermedades Digestivas de MUCAM. Endoscopista Honorario del Hospital Pasteur. 3 Posgrado de Gastroenterología. Endoscopista del Centro de Diagnóstico y Tratamiento Endoscópico de Enfermedades Digestivas de MUCAM. Endoscopista Honorario del Hospital Pasteur. 4 Cirujano y Endoscopista de Colonia.

Presentado como Tema Libre en el 41º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este 11-15 de noviembre de 1990.

Correspondencia: Dr. Gustavo H. De Simone. Fco. Vidal 773 (102). Montevideo, Uruguay.

Objetivo

A través del análisis retrospectivo de nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico de las estenosis esofágicas en los últimos diez años, deseamos establecer las indicaciones del método y comunicar los buenos resultados obtenidos.

Es de mencionar que no existe extensa bibliografía, a propósito de series numerosas, como la presente.

Material y método

En el período 1980–1990, hemos tratado 129 pacientes con estenosis esofágica de etiología diversa, realizándose en ellos, 380 sesiones de dilatación endoscópica.

63 pacientes eran de sexo femenino y 66 del sexo masculino.

El rango de edades se extendió de 14 a 91 años. 68% de los pacientes estaban comprendidos en la sexta, séptima y octava década de la vida.

59 pacientes presentaban estenosis fibrosa a consecuencia del reflujo gastroesofágico de larga evolución.

24 pacientes presentaban estenosis maligna del esófago o cardias o ambos.

19 presentaban estenosis posquirúrgicas. A nivel de la línea anastomótica ya sea con sutura manual o mecánica, 11 casos. Estenosis a nivel de la funduplicatura en operaciones de Nissen, 6 casos, y por resurgencia tumoral en el área de la anastomosis, 2 casos.

8 casos con cardiospasmos.

Compresión extrínseca del esófago, 5 casos.

5 pacientes tenían estenosis posrádica.

4 pacientes tenían estenosis posingestión de cáusticos

3 pacientes con acalasia y finalmente 1 caso de hipertonia del esfínter esofágico superior.

Estenosis posescleroterapia de várices esofágicas, no hemos tenido oportunidad de tratar, a pesar que la literatura informa una frecuencia de 3%.

Se utilizaron fibrogastoscopios operativos Fuji y dilatadores metálicos (Eder Puestow) e hidroneumáticos (Microvasive y Dotter), tratamientos combinados y electrocoagulación.

Además guías metálicas provistas de puntas flexibles.

Resultados

De las 380 dilataciones, 166 veces se usó Eder Puestow, 157 veces Microvasive, el endoscopio oficiando de dilatador en 28 casos, combinaciones de

Eder Puestow y Dotter en 9 casos, combinaciones de Eder Puestow y electrocoagulación en 1 caso, solo electrocoagulación una vez y finalmente Dotter en 19 casos.

Fue necesario pasar la guía metálica bajo visión radiológica en 16 pacientes.

El rango de sesiones fue de 1 a 19, con un promedio de 3 por paciente.

Casi siempre fue posible aumentar el diámetro esofágico a 15 o 17 mm compatible con una dieta normal.

Preferimos ir aumentando el calibre de 3 a 4 mm por sesión de dilatación, alcanzando los 18 o 20 mm en dos semanas.

Las sesiones frecuentes y progresivas son mejor toleradas y aceptadas por el paciente, a diferencia de las dilataciones bruscas en la primera sesión, más molestas y riesgosas.

En las estenosis pépticas por reflujo gastroesofágico y en las estenosis malignas, las dilataciones endoscópicas han constituido el tratamiento paliativo y transitorio de la disfagia en el período preoperatorio de aquellos pacientes que iban a ser sometidos a un tratamiento quirúrgico. En ellos se permitió un ingreso nutricional por vía oral, vía natural y más económica, llegando al acto quirúrgico anestésico en mejor estado general.

Muchos de estos pacientes se trataron en forma ambulatoria, evitando la necesidad de nutrición parenteral y consecuentes internaciones.

En cambio en los pacientes descartados para la cirugía por razones médicas o en aquellos que rechazan la cirugía, las dilataciones esofágicas constituyeron el tratamiento paliativo definitivo. En el caso de las estenosis benignas se han logrado remisiones de las disfagias por varios años. Cuando reapareció la disfagia se dilataron nuevamente.

En las estenosis malignas pueden ser el único tratamiento, o precediendo otras terapéuticas endoscópicas (colocación de endoprótesis transtumoral BICUP, laserterapia).

En las estenosis posquirúrgicas a nivel de la anastomosis esofagogastrica o esofagoyeyunales por ejemplo, el tratamiento endoscópico fue efectivo, evitando las reintervenciones. Cuando existe resurgencia tumoral se hace electrofulguración.

Evitamos el uso de dilatadores hidroneumáticos cuando existe sutura mecánica pues pueden dañarse, y de por sí tienen una vida limitada.

Son particularmente útiles para estenosis muy estrechas y tortuosas ⁽²⁾. A diferencia de Maynar y colaboradores ⁽³⁾ que realizan las dilataciones hidroneumáticas a ciegas, nosotros las realizamos bajo visión endoscópica, observando directamente la estructura y el paso a través del catéter balón, puede verse y biopsiarse la mucosa distal, sin agregar mayor tiempo al procedimiento que virtualmente no tiene morbilidad ⁽²⁾.

También fue efectivo en las estenosis posrádicas, posingestión de cáusticos, acalasia y cardioesposmos, alcanzándose calibres suficientes que permitían una dieta blanda a normal.

Los resultados obtenidos en las compresiones esofágicas extrínsecas, son irregulares, por la tendencia a la reestenosis.

Sólo hubo una perforación esofágica producida al querer avanzar la guía a través de la estenosis en un paciente que había sido irradiado y operado. En esta serie constituyó una frecuencia de 0.26%.

Conclusiones

1) Las dilataciones esofágicas con la tecnología no convencional descrita son efectivas, seguras, bien toleradas, realizándose los procedimientos en forma ambulatoria.

- 2) Promedialmente se requieren tres sesiones para lograr un diámetro de 15 a 17 mm compatible con una alimentación normal.
- 3) Se debe ir dilatando de 3 a 4 mm por sesión.
- 4) Es satisfactorio el resultado obtenido en el tratamiento de estenosis benignas de diferentes etiologías y de estenosis malignas por carcinomas del esófago o gastroesofágico.

Bibliografía

1. **Cox JGC, Dakkak M, Buckton GK, Bennett JR.** Dilators for esophageal stricture. A description of a new bougie and comparison of current instruments. *Gastrointest Endosc* 1988; 35 (6): 551-4.
2. **Cohen M, Barkin J.** Miami Florida. Letter to the Editor. *Gastrointest Endosc* 1989; 35 (2): 139.
3. **Maynar M, Guerra C, Reyes et al.** Esophageal strictures: Balloon dilatation. *Radiology* 1988; 167: 703-6.