

# Esofagectomía sin toracotomía en el megaesófago grado IV

Dres. Jorge Santandreu<sup>1</sup>, Aníbal Vázquez<sup>1</sup>, Luis Perrone<sup>2</sup>, Bolívar Delgado<sup>3</sup>

## Resumen

*Presentamos una paciente portadora de un megaesófago grado 4, estudiada con radiología y endoscopia e investigaciones para demostrar etiología chagásica, en el que hemos instituido como táctica de elección la esofagectomía sin toracotomía, con buena evolución posoperatoria.*

**Palabras clave:** Megaesófago—terapia. Enfermedad de Chagas. Trypanosomiasis sudamericana.

## Summary

*The authors present a patient with grade IV megaesophagus, studied by means of radiology and endoscopy and tested for Chagasic etiology. An elective tactic of esophagectomy without thoracotomy was performed with good postoperative evolution.*

## Introducción

Se trae a consideración un nuevo caso de megaesófago que por su escasa frecuencia en nuestro medio y dado el avanzado estadio evolutivo (grado IV) presenta particularidades en la discusión de su conducta terapéutica y en su evolución.

El megaesófago es una entidad clínica poco frecuente en Uruguay, de naturaleza generalmente desconocida y vinculada ocasionalmente con la enfermedad de Chagas<sup>(1)</sup>.

Constituye un estadio evolutivo de la acalasia, en cuya etiopatogenia está la destrucción de los plexos de Meissner y Auerbach de la pared esofágica<sup>(2)</sup>.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica I, Hospital Pasteur, Prof. Dr. Bolívar Delgado y Dr. Gonzalo Estapé.

1. Residentes de Clínica Quirúrgica "1". 2. Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica "1". 3. Profesor Director Clínica Quirúrgica "1".  
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de julio de 1990.

**Correspondencia:** Dr. Bolívar Delgado. Brito del Pino 1554 (602). C.P. 11300. Montevideo, Uruguay.

Según algunos autores<sup>(3)</sup> el grado de destrucción neuronal se correlaciona con el grado de dilatación esofágica en forma directa.

Se han hecho clasificaciones de la entidad de las lesiones y todas se basan en criterios clínico—radiológicos, entre ellas destacamos a autores latinos como Rezende<sup>(4)</sup>:

Grado I: Diámetro transversal de silueta esofágica hasta 4 cm

Grado II: Diámetro entre 4 y 7 cm

Grado III: Diámetro entre 7 y 10 cm, dólico esófago.

Grado IV: Diámetro transversal mayor de 10 cm. Gran saco atónico, dólico y abundante residuo.

Los autores anglosajones utilizan una clasificación con criterio práctico vinculado a la conducta terapéutica y los dividen en mayores o menores de 8 cm<sup>(3)</sup>.

## Historia clínica

Paciente de 64 años, Hospital Pasteur, sexo femenino, profesión labores.

Comienza hace 4 días con disfagia para sólidos y papillas, de instalación brusca, permanente, no progresiva. No sialorrea, no disfonía, no regurgitaciones, no hemostatemias.

Concomitantemente presenta episodio de disnea brusca acompañada con tos catarral sin expectoración, no fiebre ni chuchos.

Adelgazamiento importante, no anorexia, no adinamia ni astenia.

Antecedentes personales: apendicectomizada hace 40 años, hace 1 año y hace 6 meses episodios de neumopatía aguda a derecha.

Antecedentes ambientales: vivió en el Departamento de Durazno, zona rural, hasta los 10 años de edad.

Examen físico: lúcida, tose durante el examen movilizando secreciones, piel, mucosas normocoloreadas, lengua húmeda no saburral, bien hidratada.

Pleuropulmonar: frecuencia respiratoria de 20 cpm. En tercio inferior de hemitórax derecho, sector externo de cara posterior, se auscultan estertores

subcrepitantes gruesos y medianos que se modifican con la tos, en el sector interno se constata un síndrome en menos.

Cardiovascular, abdomen y miembros inferiores sin particularidades.

## Evolución

48 horas después del ingreso a sala instala afagia. Se colocó sonda nasoesofágica que aspira 800 ml de alimentos y líquido retenido.

Se realizó fisioterapia respiratoria y tratamiento antibiótico mejorando el cuadro respiratorio.

Se instaló alimentación parental total al inicio y luego mediante fibroscopía se colocó sonda nasogástrica para alimentación enteral.

## Estudios

**Radiografía de tórax.** En el frente, ensanchamiento mediastinal a derecha. En el perfil, pérdida del espacio claro retrocardíaco.

**Tránsito esofágico:** Gran dilatación del esófago, bolsa esofágica átona con restos de alimentos, no se observa pasaje al estómago. Ancho 12 cm.

**Fibroesofagogastroduodenoscopia:** Gran bolsa esofágica con restos de alimentos, la mucosa a nivel de la misma no presenta alteraciones. Cardias hipertónico puntiforme que se franquea con el instrumento. Estómago y duodeno sin alteraciones. En suma: Doli-megaesófago.

**Serología:** Reacción de Guerrero Machado: negativa.

El resto de la valoración de la paciente tanto humoral como cardiológica así como también la funcionalidad respiratoria, fueron normales.

**En suma:** estamos frente a un megaesófago grado IV de Rezende o mayor de 8 cm de acuerdo a los autores anglosajones.

**Conducta:** Luego de realizado un tratamiento preoperatorio en base a reposición nutricional por alimentación parenteral total al principio y luego enteral, fisioterapia respiratoria y antibiótico, se discute el tratamiento llegándose a la conclusión de que, dada la magnitud de la dilatación esofágica (G IV), la táctica quirúrgica de elección es un procedimiento de resección esofágica.

Se interviene realizándose una esofagectomía sin toracotomía, mediante un abordaje combinado de abdomen y cuello.

El tiempo abdominal por incisión mediana supraumbilical, abordaje del mediastino por frenotomía anterior amplia, ligadura de los pedículos esofágicos inferiores bajo visión directa hasta la carina.

Se asciende el estómago por el lecho esofágico mediastinal.

Cervicotomía izquierda y anastomosis en un plano total en esófago y extramucoso en estómago.

**Evolución:** Radiografía de tórax posoperatoria inmediata, no evidencia neumotórax, ni derrames.

**Posoperatorio** Atelectasia del lóbulo inferior derecho que evolucionó favorablemente mediante fibrobroncoaspiración y fisioterapia respiratoria.

Derrame pleural derecho que se evacuó por toracocentesis.

Parálisis recurrencial izquierda definitiva, constatada por examen otorrinolaringológico.

A los 6 días de posoperatorio se reinstala la vía oral previo tránsito con contraste hidrosoluble que no mostraba fuga a nivel de la sutura.

Rápidamente comienza con sólidos.

A los 45 días de posoperatorio presenta un aumento ponderal de 5 kg.

A los 6 meses la enferma se encuentra sin disfagia, con curva ponderal en ascenso (8 kg), sin sintomatología.

## Anatomía patológica

**Macroscopía:** Esófago de 21 cm de longitud por 12 cm de eje transversal. Mucosa de aspecto granular con pérdida de pliegues y algunas erosiones.

**Microscopía** Acanthosis; a nivel submucoso exudado inflamatorio con polimorfonucleares, edema importante que infiltra y disocia la muscular.

Capa muscular con vacuolización citoplasmática.

En suma, megaesófago esofagitis crónica. Elementos compatibles con acalasia.

## Discusión

Con respecto al manejo terapéutico de esta patología, sabemos que se plantean diferentes procedimientos.

Las dilataciones esofágicas, muy utilizadas por su fácil realización; requiere múltiples sesiones, con alto índice de fracasos en megaesófagos de esta entidad y que no están exentos de riesgos como la perforación o la rotura<sup>(5,6)</sup>.

En segunda instancia la miotomía, operación descrita por Heller, procedimiento sencillo que consideramos de elección en megaesófagos de menor entidad<sup>(7-9)</sup>.

En megaesófagos grado IV los resultados no son buenos con recidivas y/o persistencia de la enfermedad a largo plazo y desarrollo de esofagitis por reflujo<sup>(10,11)</sup>.

La cardioplastia, operación descrita por Thal, procedimiento actualmente abandonado dado que está gravado por una elevada morbimortalidad y no presenta mejores resultados que la miotomía<sup>(3,12)</sup>.

Pensamos que hay una serie de elementos fisiopatológicos que condicionan las fallas de los procedi-

mientos terapéuticos ya mencionados. En el megaesófago grado IV no sólo hay un problema del esfínter esofágico inferior, sino que es un problema integral del esófago que constituye una **bolsa átoma definitiva** que a su vez favorece cambios histológicos de la mucosa como la leucoplasia, displasia y la evolución al cáncer, tal como se ve en 20% de los casos <sup>(13)</sup>.

Por lo tanto, el tratamiento integral y definitivo de esta enfermedad en esta etapa evolutiva requiere la exéresis total del órgano, conducta que es propulsada por las escuelas brasileñas y anglosajonas <sup>(3,6,9,14,15)</sup>.

Además siguiendo a dichas escuelas consideramos que el procedimiento de esofagectomía sin toracotomía es de elección dado que la presencia del megaesófago no dificulta la disección ni la exéresis del órgano a nivel mediastinal <sup>(9,14)</sup>. Evitamos por lo tanto la realización de una toracotomía y la sutura intratorácica sobre esófago patológico con menor morbilidad y mortalidad.

## Bibliografía

1. Praderi L, Balboa O, Ricciardi N. Megaesófago-Acalasia (nuestra experiencia) *Cir Uruguay* 1982; 52: 323-33.
2. Finotti HW, Nasi A, Cecconello I, et al. Chagas disease of the esofagus. *Dis Esoph* 1988; 1: 65-71.
3. Orringer MB, Stirling MC. Esophageal resection for achalasia indications and results. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 340-5.
4. Rezende JM, Lavar KM, Oliveira AR. Aspectos clínico-radiológicos de aperistalsis de esófago. *Rev Bras Gastroenterol* 1965; 12: 247-57.
5. Ferrelra Santos R. Megaesófago. *Cir Uruguay. Curso de Esofagología. Congreso Uruguayo de Cirugía*, 25, Montevideo, 1974.
6. Pinotti HW. Esofagectomía subtotal por túnel transmediastinal semi toracotomía A M B. *Rev Assoc Med Bras* 1977; 23: 395-9.
7. Ellis FH (Jr). Esofagectomy for achalasia. Who, when and how much. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 334-5.
8. Ellis FH (Jr), Crozier RE, Watkins E (Jr). Esophagomyotomy for achalasia, clinical results 1 to 16 years after 158 consecutive operations. *Dis Esoph* 1988; 1: 81-5.
9. Orringer MB. Transhiatal esophagectomy for benign disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 90: 649-55.
10. Ellis FH (Jr), Gibb SP. Reoperation after esophagomyotomy for achalasia of the esophagus. *Am J Surg* 1975; 129: 407-12.
11. Ellis FH (Jr), Crozier RE, Watkins E (Jr). Operation for esophageal achalasia, results of esophagomyotomy without antireflux operation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 88:344-6.
12. Thai AP, Hatafuku Maki, Fundic. Patch operation in the treatment of advanced achalasia of the esophagus. *Surg Gynecol Obstet* 1972; 134: 617-24.
13. Helss FW, Tarshis A, Ellis FH (Jr). Carcinoma associated with achalasia occurrence 23 years after esophagomyotomy. *Dig Dis Sic* 1984; 29: 1066-9.
14. Carvalho JC, Silva Neto W, Bretones Filho. Transdiaphragmatic Esophagogastrostomy for dolicomegaesophagus (a preliminary report) ABCD. *Arq Bras Cir Dig (São Paulo)* 1988; 3:65-8.
15. Orringer MB, Stirling MC. Cervical esophagogastric anastomosis for benign disease. Functional results. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1988; 96:887-93.