

Tratamiento endoscópico de estenosis anastomóticas digestivas posquirúrgicas

Dres. Gustavo H. De Simone¹, Alvaro Piazze², Carlos Boccardo³,
Walter Zimmer⁴, Daniel Calleri⁵

Resumen

Se presenta la experiencia en el tratamiento endoscópico de estenosis digestivas anastomóticas posquirúrgicas, se analizan los métodos empleados y nueva tecnología, así como los resultados.

Se tratan 32 pacientes, 14 mujeres y 18 hombres, con edades que oscilan de 28 a 79 años.

78% de los pacientes presentó estenosis digestivas altas, siendo la mayoría de ellos (40.6%) en esófagogastranastomosis. 21.8% de los pacientes presentaba estenosis colorrectales.

Se emplearon sistemas operativos longitudinales (Eder Puestow) y radiales (balones hidroneumáticos).

El resultado fue satisfactorio en todos aquellos que fueron tratados en forma completa (promedio 3 sesiones de dilatación), con morbilidad escasa y sin mortalidad. Concluimos que el tratamiento endoscópico es una alternativa válida al tratamiento quirúrgico de las estenosis.

Palabras clave: Endoscopia, Estenosis esofágica, Estómago.

Summary

The authors present their experience in the endoscopic treatment of post-surgical digestive anastomotal stenosis, analysing methods employed and new technology as well as results, 32 patients underwent treatment: 14 females and 18 males, between 28 and 79 years old.

78% of the patients presented upper digestive stenosis, the majority of them being esophagogastranastomosis. (40.6%).

21.8% of the patients presented colorrectal stenosis. Longitudinal (Eder Puestow) and radial (hydropneumatic

ballons) operative systems were employed.

Results were satisfactory in all those patients that completed treatment (3 dilatation sessions on average), with scarce morbidity and no mortality.

The authors arrive to the conclusion that endoscopical treatment is a valid alternative to surgical treatment of stenosis.

Introducción

Las estenosis digestivas posquirúrgicas (EDP), son una entidad no infrecuente, si consideramos el importante volumen operativo que representa la cirugía digestiva.

Se cita en la bibliografía, por ejemplo, que luego de cirugía antirreflujo, 11%-14% de los pacientes presentan disfagia⁽¹⁾; estenosis de neo boca en 5% de los pacientes gastrectomizados con reconstrucción tipo Billroth I o II⁽²⁾, y de 2 a 5% de los pacientes operados del colon⁽³⁾.

Intentar una reparación quirúrgica, aumenta la morbimortalidad, especialmente tratándose muchas veces de pacientes añosos y neoplásicos, existiendo el riesgo de reestenosis.

Como alternativa válida al tratamiento quirúrgico, presentamos el tratamiento endoscópico a través de dilataciones de la estenosis, método capaz de alcanzar un calibre del lumen digestivo, suficiente para un tránsito sin obstáculos del bolo alimentario o fecal. El mismo se realiza a través de sesiones de dilataciones bien toleradas, generalmente sin anestesia, de morbimortalidad despreciable, tratamiento ambulatorio y de bajo costo.

En estos pacientes, la endoscopia permite además evaluar los tres sectores, el supraestriktural apreciando el grado de dilatación retención; a nivel de la estenosis estudiar sus características macroscópicas y hacer tomas biópsicas pesquizando crecimientos tumorales, o desobstruyendo el pasaje al extraer restos alimentarios impactados.

También puede hacer avanzar sondas de ali-

Trabajo del Centro de diagnóstico y tratamiento de la patología digestiva de MUCAM.

1. Médico jefe de Serv. del Centro de Diagnóstico.

2. Cirujano del Hospital de Colonia

3. Residente de Clínica Quirúrgica

4. Médico endoscopista

5. Residente de Clínica Gastroenterológica

Presentado en el 42 Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, diciembre de 1991.

Correspondencia: Dr. Gustavo De Simone. Fco. Vidal 785 apto. 102. CP 11300. Montevideo, Uruguay.

Tabla 1

Funduplicatura de Nissen	5 casos
Gastroyeyunoanastomosis	5 casos
Esofagoyeyunoanastomosis	1 caso
Esofagogastroanastomosis	13 casos (40.6%)
Pilórica (en esofagogastrectomizado con e-g anastomosis)	1 caso
Anastomosis rectocolónica	5 casos
Anastomosis coloanal (sutura mecánica = 1)	2 casos

mentación bajo visión directa a través de la estenosis.

Finalmente estudiar más allá de la estenosis la existencia de patología asociada, por ejemplo dificultad en la evacuación gástrica.

Objetivo

El objetivo de nuestro trabajo es presentar nuestra experiencia en el manejo endoscópico de estos pacientes en los últimos 7 años, evaluando los diferentes métodos disponibles, la nueva tecnología y resultados obtenidos.

Material y método

Se trataron 32 pacientes, 14 mujeres y 18 varones. La edad osciló desde 28 a 79 años, perteneciendo 62% de la población a la sexta y séptima década.

25 pacientes (78.2%) presentaban estenosis del tracto digestivo superior (cirugía esofagagástrica) y 7 pacientes (21.8%) del tracto digestivo bajo (cirugía del colon y recto).

En la tabla 1 se representa la discriminación de acuerdo a la cirugía realizada.

Utilizamos los 2 métodos de dilatación endoscópica que se establece en la literatura⁽⁴⁾ como los más aceptados en su seguridad, mejor control de la dilatación y mejores resultados a largo plazo.

Por un lado el sistema longitudinal, es decir que se dilata ejerciendo una fuerza primordialmente en el sentido longitudinal del órgano; y por otro el sistema radial, es decir que se dilatan ejerciendo una fuerza radial en la estrictura.

El método longitudinal utilizado es el sistema de las bujías metálicas de Eder Puestow, actualmente disponemos de bujías similares al sistema Savary-Gillard. Ambos son el método directo, es decir que bajo visión endoscópica de las estricturas, hacemos avanzar una guía metálica a través de la misma,

sobre la cual se deslizan las bujías de calibre creciente para romper la fibrosis.

No usamos el método indirecto, que consiste en pasar a ciegas o bajo radioscopia los dilatadores, por considerarlo engorroso y menos seguro.

El método radial utilizado es el de los balones de polietileno hidroneumáticos (Rigiflex, Microvasive) que también hacemos pasar por la estenosis bajo visión endoscópica, al mismo tiempo que evaluamos el grado de efectividad de la dilatación (aumento del calibre y aparición de sangre producto del desgarramiento de la estrictura fibrosa).

Resultados

Promedialmente luego de 3 sesiones separadas por intervalos de una semana, se alcanzaron resultados objetivos (calibre) y subjetivos satisfactorios en prácticamente todos los pacientes tratados en forma completa.

Este promedio coincide con el de otros autores⁽³⁾.

El seguimiento por vía administrativa solamente pudo realizarse en 15 pacientes, con evolución de 6 meses a 5 años, evidenciándose la buena respuesta al tratamiento.

Previo al tratamiento el grado de estenosis variaba de los 3 a 8 mm. alcanzándose luego de finalizado el tratamiento calibres de 15 a 20 mm, suficientes para el libre tránsito del bolo alimenticio y fecal.

En la gran mayoría de los pacientes se obtuvo mejoría por largos períodos, no obstante la recurrencia de sintomatología determinó que hubiera que redilatar a algunos de ellos, meses o años después.

Las sesiones se pudieron realizar sin necesidad de anestesia, raramente fue necesario administrar medicación ansiolítica analgésica.

La tolerancia al procedimiento fue buena, hecho de enorme importancia para la aceptación del método por parte de los pacientes que van objetivando su mejoría con el paso de las sesiones.

Complicaciones

La hemorragia que se produce al vencerse la estenosis habitualmente es autolimitada y recordamos que es un índice fiel de la efectividad del tratamiento.

La aspiración es posible pero muy rara.

La perforación esofágica se ha calculado con una frecuencia de 0.25% sobre 23.000 dilataciones⁽⁵⁾.

En el colon, el riesgo mayor de las dilataciones, es el desgarramiento de la pared cólica. Si el mismo ocurre por encima de la reflexión peritoneal, es grande, asienta en un colon no preparado y se realiza diagnóstico tardío, se impone la cirugía. De lo contrario el tratamiento conservador obtiene muy buenos resultados.

En nuestra experiencia no hemos tenido estas

complicaciones. Para realizar con seguridad la técnica, ésta debe ser realizada por endoscopistas bien capacitados y que dispongan de la diversidad de infraestructuras necesarias para sobrellevar las diferentes variantes que pueden presentarse (endoscopios standard, pediátricos, operativos, guías, dilatadores, sala de RX). El trabajo en equipo entrenado en estos pacientes es la base del éxito.

Comentarios

El encare diagnóstico y terapéutico endoscópico de las estenosis anastomóticas esofago-gastroeyunales, no difieren sustancialmente de otras etiologías de estenosis del tracto digestivo superior.

El pasaje de las guías metálicas y de los dilatadores que avanzan sobre ellas, en situaciones de distorsión anatómica por la cirugía previa, es más complicada y conlleva mayores riesgos.

En estos casos la observación radioscópica de la dirección que siguen dichos instrumentos ofrece mayor seguridad.

Debe existir una estrecha comunicación entre el cirujano actuante y el endoscopista, quien deberá recibir de aquél el máximo de información sobre la técnica quirúrgica realizada, uso de sutura mecánica o no, documentación radiológica del sector interesado, que nos permita elegir el método endoscópico operativo más adecuado para cada caso en particular.

Existen diversos métodos de dilatación endoscópica.

El endoscopista debe utilizar las más seguras y aquellas con que esté más familiarizado. Los balones están especialmente indicados en las estricturas anastomóticas no realizadas con stappler, también están indicadas cuando existe un remanente gástrico pequeño inmediatamente distal a la estenosis. Rellenados con medio de contraste se observa bajo la pantalla fluoroscópica, la desaparición de la muesca o cintura producida por la estenosis que es vencida por una dilatación efectiva. En las estenosis anastomóticas, el método de elección es el de las bujías rígidas.

En otros centros se publican experiencias con otras técnicas, para estenosis fibrosas bien circunscritas, a las mismas se le producen secciones radiadas en 2, 3 o los 4 cuadrantes. El corte puede realizarse con el Nd:YAG láser como ha sido publicado por numerosos autores⁽⁶⁻⁹⁾. El láser produce sección y coagulación del tejido en una profundidad variable de 2-3mm, necesitándose generalmente una sola sesión en la que se aplica una energía de 2.000 joules⁽³⁾.

Similar resultado podemos obtener seccionando

con una aguja diatérmica o papilótomo, conectados a un electrobisturí, siendo un procedimiento más seguro, más económico y a nuestro alcance.

Con las secciones radiadas asociadas o no a dilataciones con los otros métodos ya referidos, se consigue aumentar el calibre del lumen que es mantenido por el pasaje periódico del bolo alimenticio o fecal.

Cuando existe una colostomía de protección, una vez dilatada la estenosis anastomótica, es aconsejable la reconstrucción del tránsito con tal fin.

En los pacientes con colostomía hemos realizado dilataciones mecánicas combinadas, con 2 operadores. Uno introduce el fibrocolonoscopio por vía transrectal hasta la estenosis, a través de la cual avanza una guía que es tomada por una pinza por otro operador que colocó su endoscopio a través de la colostomía; este extrae la guía por la colostomía, se tensa rectificándola, y por ella se van pasando bujías de calibre creciente que van saliendo por la colostomía. Se considera satisfactorio el resultado inmediato de una dilatación si el colonoscopio standard pasa sin dificultad por la estenosis.

Conclusiones

- 1) El tratamiento endoscópico de las estenosis digestivas posquirúrgicas es efectivo y seguro, haciendo cada vez menos frecuente el tratamiento quirúrgico de las mismas.
- 2) Deben ser realizadas por endoscopistas perfectamente entrenados y que dispongan de la diversidad instrumental necesaria para su realización segura, con mínima morbilidad.
- 3) En la elección del método a utilizar, juega un rol importante las características propias de la estenosis anastomótica y por otra parte el método con que el técnico esté más familiarizado.

Bibliografía

1. **Dakkak M, Bennett J.** Antireflux Surgery. Which patient? En: "Motility". Clinical perspectives in Gastroenterology 1990; 9: 4-6.
2. **Herrington L (h), Sawyers J.** Complicaciones asociadas con cirugía gástrica. En: "Maingot. Operaciones abdominales. 1986; 1:878-922.
3. **Ricci E, Conigliaro R et al.** Endoscopic management of colonic stenoses. Endosc Rev 1989; (May Jun): 9-25
4. **Siegel JH.** Esophageal dilatation after surgical resection. Endoscopy 1986; 18 (Suppl 3): 40-3.
5. **Mandelstam et al.** Complications associated with esophago-gastroduodenoscopy and with esophageal dilatation. Gastrointest Endosc 1976; 23:16.
6. **Loffler A, Dienst C, Velasco SB.** International Survey of Láser therapy in benign gastrointestinal tumor and stenoses. Endoscopy 1986; 18 (suppl. 1): 62.
7. **Sander R, Pose H, Spuhler A.** Management of non-neoplastic stenoses on the GI tract. A further indication for Nd:Yag láser application. Endoscopy 1986; 16:149.
8. **Hunter J.** Surg Clin North Am 1989; 69 (6): 1147-66.