

ESOFAGITIS POSTOPERATORIA

Dr. LORENZO MEROLA

Dentro del amplio grupo de las esofagitis por reflujo, la aparición de esta situación patológica en el postoperatorio de la cirugía esofagogástrica forma un verdadero grupo etiológico.

Tendremos que considerar en primer término, y para ordenar el tema, un grupo de enfermos que fueron operados porque sufrían de esofagitis, y en los que la cirugía realizada no dio cuenta de su lesión ni de su sintomatología. Existe así un primer grupo de esofagitis residuales, o remanentes, o recidivadas, de las que el ejemplo más típico lo constituyen las hernias hiatales con reflujo, operadas con el criterio de "hernia" y en las que no se ha solucionado el problema principal.

El segundo grupo de situaciones corresponde a enfermos que no tenían reflujo, en los que el síntoma aparece después de sufrir una intervención quirúrgica sobre la zona. Esquematiizando el problema, consideraremos cuatro situaciones diferentes:

Reflujo postoperatorio:

- 1º) Por anastomosis esofagogástrica.
- 2º) Por destrucción de los mecanismos esfinterianos.
- 3º) Por resección de los componentes del cardias.
- 4º) Por dislocación locoregional.

Es posible que, en el tercer grupo, convenga separar dos situaciones diferentes, si la resección fue realizada por una neoplasia, o por otro tipo de lesión. Como veremos más adelante, la solución racional de ambas situaciones difiere bastante.

En resumen tendremos:

Esofagitis postoperatoria:

- a) Residual o remanente:
 - 1) por anastomosis;
 - 2) por destrucción esfinteriana;
 - 3) por resección cardial;
 - 4) por dislocación regional.
- b) Adquirida.

A) ESOFAGITIS RESIDUAL, REMANANTE O RECIDIVADA

Por muchos años, y no obstante ser el reflujo un mecanismo patológico de antiguo conocido, la hernia hiatal, u otras lesiones, cegaron a los cirujanos y los indujeron a tratar las diferentes situaciones con criterio anatómico. Es así que en las hernias, principal causa de reflujo, el tratamiento se centró en la reparación de los medios de fijación del cardias y en la reconstrucción del hiatus. Se creía que cardias abdominal + hiatus reconstruido garantía la cura del proceso.

Pronto aparecieron innúmeros fracasos de este modo de proceder y se evolucionó a la construcción de mecanismos valvulares de contención cardial. Y, ¿porqué mecanismos valvulares? El cardias normal es continente y se rige por un doble mecanismo valvular y esfinteriano, mecanismo de "doble seguridad" de Becker. Y aún podríamos añadir que el cardias normal se halla en el abdomen.

Perdida la continencia, el cirujano no puede construir esfínteres, y debe resignarse a crear válvulas, es decir, que sólo puede reparar una parte del sistema fracasado. Al decir esto, hacemos excepción del traslado del esfínter ileocecal en las plásticas con ileocolon. La culminación de las confecciones valvuladas es la operación de Nissen.

La aplicación de otras medidas quirúrgicas antirreflujo sumadas a la construcción de sistemas valvulados nos acerca a las soluciones ideales del problema, las que, como se comprende, son más complejas.

La situación de estos enfermos operados, y con reflujo y síntomas recidivados, no difiere mucho de la de los no operados, con esofagitis simple o con estenosis, y son pasibles de tratamientos racionales, diríamos primarios para su reflujo.

No entraremos en consideraciones sobre cada situación particular, porque las posibilidades son casi al infinito, y además, invadiríamos el terreno de otros ponentes.

Se muestran placas de un enfermo (G. P.), operado a los cuatro años de edad de "hernia". Recidivó, mantuvo el reflujo y desarrolló una esofagitis estenosante grave y extendida.

Pero no siempre los operados con el criterio de hernia hiatal quedan sufriendo. Se muestran placas de una enferma (R. A.) que tenía reflujo, esofagitis y disfagia, con esófago corto adquirido. Se operó de "hernia hiatal" la que, para ser reducida al abdomen requirió vaguectomía, y la consiguiente gastroenterostomía, y la colocación del esófago corto en pleno centro frénico, con cierre del hiatus.

Es decir, que se realizó algo parecido a lo preconizado por Wangenstein, Varco y Merendino, para la hernia hiatal. Esta enferma no sufre, no tiene disfagia, su hernia no ha recidivado y vio yuguladas unas muy intensas crisis de tos coqueluchoidea que acompañaban a la ingestión de cualquier clase de alimentos. La asociación de dos maniobras simples, complementarias, dio cuenta del problema. Veremos más adelante el valor de estas técnicas.

B) ESOFAGITIS ADQUIRIDA POSTQUIRURGICA

1) *Por anastomosis esofagogastrica*

Nos referimos a las fístulas quirúrgicas esogástricas laterales, y a las secciones del cardias seguidas de plastias tipo Fredet o Heinnecke-Mickulicz, o sea a las llamadas operaciones de Heyrowsky, Lambert, Garin, etc. Richard (1) dice que estas técnicas crean verdaderas esofagitis experimentales.

En opinión de numerosos autores, estas técnicas deben de ser prescritas. Hasta hace muy poco tiempo, eran de práctica para resolver estenosis "cortas", no neoplásicas, de la región del cardias. Una solución moderna para este tipo de problemas parece ser la operación de Tahl.

2) *Esofagitis por destrucción esfinteriana*

La situación se da, en la práctica, como consecuencia de la operación de Heller, o miotomía extramucosa por cardiospasmó. Esta soluciona la disfagia, pero crea muchas veces, reflujo y esofagitis.

Los distintos autores difieren mucho en la apreciación de su frecuencia; Chalnot (2), por ejemplo, dice haber realizado muchos Heller sin haber visto el problema; Dubourg (3), por otro lado, tiene un 25 % de esofagitis en sus operados, la mitad de ellas de grado grave.

La explicación podría hallarse en las consideraciones de Richard (1), Barret y otros, los que piensan que la incontinencia post Heller aparece si se secciona muy abajo, interesando la corbata o collar de Helvetius, con lo que disloca el cardias. Esto estaría de acuerdo con la experiencia de autores que han tratado el megaesófago por vía torácica, resecaando una pequeña banda de musculosa (técnica de Heller-Kole) y obteniendo buenos resultados. Por esta vía, y deteniéndose a tiempo, es seguro que no se interfiere con el cardias.

Palmer (4), dice textualmente: "la operación (el Heller) da malos resultados. Hay desorganización de los mecanismos regionales normales, permitiendo la regurgitación constante, y la esofagitis persistente...", etc.

Lortat dice que el Heller debe ser siempre complementado por "un gesto antirreflujo".

En resumen: la operación de Heller no parece ser inocua, y es generadora, con frecuencia, de esofagitis por reflujo.

3) *Esofagitis por resección del cardias*

Habitualmente se dan dos situaciones: la gastrectomía polar superior o proximal, casi siempre seguida de esofagogastrostomía y las gastrectomía total, a la que se han dado múltiples soluciones de reconstrucción del tránsito. En trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay (5), resumen de algunos capítulos de nuestra tesis de Agregación (1956), clasificamos estas técnicas en cinco grupos, cuya denominación sugiere su principal característica: 1º) esofagoduodenostomía; 2º) esofagoyeyunostomía con asa; 3º) esofagoyeyunostomía en Y; 4º) interposición plástica sustitutiva; y 5º) en asa, y con anastomosis yeyunoduodenal.

A posteriori han aparecido otras técnicas [Day y Cunha, Lima Basto, etc. (6)] que no agregan mayor cosa a lo ya conocido, y que caben en nuestra clasificación.

Señalemos de paso que las gastrectomías proximales pueden ser retransitadas por plastia de interposición. Hemos publicado esta técnica en 1958 (7), con resultados funcionales muy buenos, interponiendo un asa con dispositivo a "doble luz" entre esófago y antro y realizando una anastomosis esofagoyeyunal transmesentérica. Este tipo de anastomosis, descrito por nosotros en 1956, en nuestra Tesis de Agregación (inédita) e ideado tres o cuatro años antes, visa a la construcción de un neocardias; crea una cámara aérea yuxtaesofágica por abocamiento oblicuo y lateral del esófago, un verdadero ángulo de His y si se quiere, un tapón mucoso. Se buscó crear una anastomosis valvulada, antirreflujo, y podemos demostrar que se logró ese y otros objetivos. No hacemos la descripción detallada de esta técnica, la que puede ser conocida en el Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay ya citada (5) y en el Fascículo 11 del Tomo 29º (Forum) de los Congresos Argentinos de Cirugía.

No hemos realizado estas técnicas en esofagíticos sino en neoplásicos, pero vista la notable continencia obtenida (ver fig. 3), pensamos si una resección gástrica proximal, que incluye la vaguectomía, con este tipo de anastomosis + piloroplastia no nos acercará, en algunas esofagitis graves, a un tratamiento ideal.

Nuestra solución garante la sutura y es antirreflujo. De las otras variantes técnicas, o maniobras quirúrgicas, unas visan a asegurar la sutura (hoy no nos interesa este aspecto), y otras a evitar el reflujo; tránsito al duodeno, o anastomosis de Braun, o dispositivo en Y, o interposiciones isoperistálticas, o la técnica aún más ambiciosa y completa de Hunnicut y Lee, verdadero trasplante del esfínter ileocecal al lugar y función del cardias.

Lafargue ha usado este trasplante en enfermos con estenosis por esofagitis. No obstante, la vaguectomía, la piloroplastias, la anastomosis de Braun, la Y de Roux, etc., las esofagitis postresección del cardias son frecuentes.

No podemos dejar de comentar el concepto de que las esofagitis por reflujo son siempre bajas, o dicho de otro modo, que el esófago es más resistente al reflujo cuanto más alta ha sido realizada la anastomosis (Valdoni, Sweet). Estos hechos, que parecen confirmados, podrían explicarse así: el diafragma, o sus pilares, se han desmonetizado como elementos antirreflujo, pero no dejan de marcar la frontera en donde se desarrolla el conflicto de presiones. Si bien el reflujo, onda líquida a contracorriente tiene lugar dentro de la canalización digestiva, no es menos cierto que se produce *a nivel del hiatus*. Analicemos dos ejemplos: a) anastomosis esofágica al ras del diafragma = reflujo-esofagitis; b) anastomosis esogástrica en el mediastino alto, por vía derecha en neoplasma del tercio medio; si hay regurgitación (fenómeno de nivel diafragmático), ésta se hace del abdomen a la bolsa gástrica y, por lo tanto, no hay esofagitis.

Podría decirse, obviamente: "cuanto menos esófago, menos esofagitis". El lugar peor para anastomosar es inmediatamente por encima del diafragma. Si se mantiene un esófago abdominal, o se crea un tubo similar como en la técnica de Collis, o se interpone asa, como Merendino y con la finalidad de Etala (cierre por presión abdominal), se contribuye de otra manera a la contención.

Del punto de vista práctico debemos considerar dos situaciones: o la resección fue realizada por neoplasma (esófago bajo o adenocarcinoma del cardias) o lo fue por un proceso benigno. En la primera hipótesis la esofagitis es pasible de tratamiento médico; se descarta la cirugía mayor, por la inminencia de la recidiva, y si aparece una estenosis esta signa en general una vuelta del proceso en curso. En estas situaciones (estenosis inflamatoria ?, recidiva?) no podemos descartar totalmente las siempre aleatorias dilataciones. Pero tampoco podemos descartar, en estos enfermos, los complementos quirúrgicos simples, como la piloroplastia, si esta no fue realizada en la primera intervención, la que puede mejorar algunas situaciones, otras que la estenosis.

Si los fenómenos esofagíticos aparecen después de resección por procesos benignos, caben todos los planteos de reconstrucción del tránsito, tomando aquí verdadera jerarquía las interposiciones viscerales, yeyunales o aún colónicas.

No obstante, la vaguectomía obligada, y la resección de "masa glandular secretante", y aún con el complemento de la piloroplastia, se ven esofagitis por reflujo en esogastrectomías tipo Sweet. Por algo Lortat, Mailiard y Fekete valvulan la anastomosis esofagogástrica.

Resumiendo: tanto después de gastrectomía proximal o polar superior, como total, no es infrecuente el reflujo y la consiguiente esofagitis, no obstante, la vaguectomía obligada y la aquilia preexistente en las resecciones gástricas por neoplasma. Aquí, an más que en el no operado debe imperar equilibrio en el planteo de soluciones médicas, endoscópicas y/o quirúrgicas.

4) *Esofagitis por dislocación regional*

De manera similar a como se describe un reflujo por malposición cardiotuberositaria, puede adquirirse una situación parecida luego de cirugía sobre la región.

Han comenzado a aparecer en la literatura médica publicaciones que se refieren al reflujo postvaguectomía. Tendremos en cuenta, como ejemplo típico de dislocación regional, y por su frecuencia, sólo este tipo de cirugía, aunque debemos recordar también las intervenciones por várices.

Es algo paradójal estudiar las esofagitis por reflujo luego de operaciones teóricamente destinadas a controlarlo, disminuyendo su agresividad y facilitando su evacuación (vaguectomía + drenaje gástrico). Pero el hecho parece presentarse. Es posible que los casos más serios se deban a intentos, no logrados, de vaguectomía. Si la situación fuese ésta, o si fuese sospechada, corresponderá realizar los estudios correspondientes antes de intentar toda terapéutica.

Del punto de vista fisiológico, la sección de los vagos aumenta el tono del aparato esfinteriano del cardias y, por lo tanto, se opondría al reflujo. No parece tener importancia, por eso mismo, el que la sección vagal se realice en el tórax o en el abdomen. Suponemos realizada una operación concomitante de drenaje; si no fuera así se hallaría favorecido el reflujo, por retención gástrica.

La incompetencia cardial postvaguectomía se debería a lesiones y dislocaciones regionales que afectan, en operaciones muy traumáticas, a un aparato cardial probablemente propenso a claudicar. La búsqueda, liberación, disección y resección de los vagos,

por vía abdominal puede generar reflujo cardial. Siempre que, como se planteó, los nervios hayan sido en realidad extirpados; su traumatismo provocaría estenosis pilórica y, por lo tanto, más reflujo.

Hemos revisados las cuatro situaciones principales de esofagitis postoperatoria, que podríamos tipificar recordando cuatro nombres: Heyrowsky, Heller, Sweet y Dragstedt. La buena indicación y ejecución correcta de cada una de ellas o su complementación (por ejemplo: Heller + vaguectomía + piloroplastia) podrá evitar muchas situaciones desagradables en el postoperatorio alejado.

TRATAMIENTO

Aún a riesgo de repeticiones, debemos dedicar algún espacio a este fundamental aspecto del problema. Consideraremos aspectos preventivos paliativos y curativos de la terapéutica del reflujo.

A) *Aspectos preventivos*

La elección de una buena técnica, adecuada a cada enfermo, su correcta ejecución y complementación contribuirán a evitar el problema. Al hablar de complementación nos referimos a medidas quirúrgicas que no se excluyen; la vaguectomía y las operaciones de drenaje pueden acompañar a otra técnicas más complejas y que persiguen otra finalidad (tratar una estenosis, reseca un neoplasma, etc.).

Debemos conducir el tratamiento primero con la idea de que, aparecida la esofagitis del postoperatorio estaremos en general en presencia de una enfermedad de muy difícil solución. Cada vez adquieren más valor las técnicas valvuladas.

B) *Tratamiento paliativo*

No debe descartarse la gastrostomía, o aún eventualmente la yeyunostomía, temporarias o definitivas, en situaciones desesperadas, por el tipo de enfermo (afagia, caquexia), o por la clase de enfermedad (neoplasma recidivados).

Tendremos muy en cuenta en estas situaciones también los tratamientos endoscópicos y médicos. Estos últimos, que no deben de ser abandonados nunca, pueden atenuar la sintomatología inflamatoria de un esófago postoperado.

C) *Tratamientos curativos*

Se plantea en enfermos operados por proceso benigno, en los que deben de darse soluciones de buena calidad a la esofagitis, con o sin estenosis.

Según la técnica primariamente empleada cabrán o no soluciones relativamente sencillas y factibles; es el caso, en general, de las esofagitis residuales o recidivadas, en antiguos operados de hernia hiatal que mantienen el reflujo, y a los que les es aplicable una vaguectomía, una piloroplastia, un Nissen, etc.

A otras técnicas de relativa simplicidad, como el Heller, y las distintas cardioplastias, así como a las dislocaciones postvaguectomía les son aplicables similares soluciones.

La situación es mucho más compleja cuando la operación primitiva reseco el cardias, con más o menos esófago y con toda o parte del estómago: la única solución de buena calidad parecería ser la de una interposición visceral isoperistáltica a costa, ya sabemos, de gran complejidad y mucho tiempo para resolver la situación.

Aquí, más aún que en la esofagitis primitiva se requerirá un tratamiento balanceado, frío, meditado y donde no deberá actuarse nunca por novelería o con precipitación.

BIBLIOGRAFIA

1. RICHARD, C. A.; MONEIL, J.; GIULI, R. et FEKETE, N. L.—Les oesophagites peptiques. "Ann. Chir.", 22, 11: 745-752; 1968.
2. CHALNOT, P. et MATHIEU, P.—Traitement des maladies peptiques de l'oesophage. "Ann. Chir.", 22, 11-12: 753-764; 1968.
3. DUBOURG, G.; FONTAN, F. et GOURDON, A.—Oesophagite peptique après operation de Heller. "Annales de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire", Vol. 1: N° 4; 196.
4. PALMER, E. D.—"The esophagus and its diseases". P. B. Hoeber Inc., 1952.
5. MEROLA, L. (h.).—Un nuevo procedimiento de unión esófago-yeyunal después de gastrectomía total. "Bol. Soc. Cir. Urug.", T. XXVIII; 1957.
6. Citados por "Treatment of Cancer and Allied Diseases", 2ª ed., vol. 5. Edited by G. T. Paek and I. M. Ariel, p. 207; 1962.
7. MEROLA, L. (h.).—Gastrectomía proximal ensanchada. Interposición de yeyuno con anastomosis transmesentérica. "Bol. Soc. Cir. Urug.", T. XXXL, N° 1-2: pág. 32-41; 1960.