

TRATAMIENTO QUIRURGICO, CASUISTICA, RESULTADOS *

Dr. LUIS A. PRADERI

El tratamiento quirurgico de las esofagitis por reflujo constituyen un problema en revisión donde se discuten las indicaciones y los procedimientos. Los que me precedieron en el uso de la palabra, destacaron muy bien que la esofagitis por reflujo es una entidad que adopta diversos aspectos y grados, respondiendo a varias afecciones que la determinan.

Sumado a esta variable situación, tener en cuenta que el enfermo puede presentar un estado general que oscila desde bueno hasta muy precario.

Nuestra experiencia en el tema aunque limitada cuando se compara con estadísticas extranjeras, nos permitirá sacar conclusiones prácticas sobre la conducta a adoptar.

Analizaremos en forma sintética y esquemática los siguientes puntos:

- 1) Indicaciones y oportunidad del tratamiento quirúrgico.
- 2) Objetivos terapéuticos.
- 3) Procedimientos quirúrgicos.
- 4) Elección del procedimiento.
- 5) Elección de la vía de abordaje.
- 6) Casuística y resultados.

1) INDICACIONES Y OPORTUNIDAD

- a) Urgente en E. ulcerados, perforados o hemorrágicos.
- b) Inmediato en E. estenosantes severos; sospecha de neoplasia.
- c) Luego de tratamiento médico y/o endoscópico ineficaz.
- d) Profiláctico en la hernia hiatal.
- e) Contraindicado en enfermos frágiles o seniles.

En el grupo e) la única conducta si la estenosis es muy severa es la gastrostomía.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. A. Chifflet.

2) OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Son fundamentales tres:

- a) Permitir la alimentación; suprimir disfagia.
- b) Reducir o anular el reflujo gastroesofágico.
- c) Reducir el poder clorhidropéptico.

3) PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

La profusión de ellos, la enorme cantidad de variantes técnicas nos obliga a esquematizarlos según los objetivos antedichos y nombrar los más empleados, actualmente, la mayoría de los autores asocian diversos procedimientos.

a) *Para establecer el tránsito digestivo.*

- 1) *Crean cortocircuito:* Gastrostomía. Yeyunostomía. Esofagogastrostomías elevadas (by-pass).
- 2) *Suprimen la zona estenótica:* Plastias: sección longitudinal y cierre transversal. Procedimiento de Paulson. Resección limitada. Resección extendida.

b) *Para suprimir reflujo y acción clorhidropéptica.*

- 1) *Mecanismo antirreflujo:* Sin resección: op. de Nissen; op. de Lortat-Jacob; op. de Tahl; op. de Allison. Con resección: proc. de Lortat-Jacob; interposic. visc.; Merendino.
- 2) *Facilitando evacuación gástrica:* Píloroplastia.
- 3) *Reduciendo poder clorhidropéptico:* Vaguetomía. Gastrectomía tipo Wangensteen.

4) ELECCION DEL PROCEDIMIENTO

Determinado fundamentalmente por el grado de esofagitis con o sin estenosis, su topografía alta (mesoesofágica) o baja (frénica o abdominal) y el estado general del enfermo.

I) *Esofagitis bajas.*— Coexistiendo o no con hernia hiatal. Es la forma más común; adopta 3 tipos terapéuticos.

a) *Forma leve, reversible o superficial.* Se puede emplear un procedimiento que cree un dispositivo valvular como la funduplicatura de Nissen, la plastia del ángulo de His de Lortat-Jacob, el proc. de Cendán, etc.

A este gesto quirúrgico puede adicionarse: Vaguetomía. Píloroplastia. Dilatación retrógrada por gastrotomía fúndica. Dilatación por esofagoscopia intraoperatoria.

b) *Forma severa, irreversible o estenótica.* Puede actuarse mediante sección o resección de la zona estrechada.

1) *Sección de la estenosis y cierre transversal.* De los múltiples procedimientos elegimos dos que son los que a nuestro criterio dan mejores resultados: *Procedimiento de Nissen-Rossetti:* consiste en la sección longitudinal de la estenosis y cierre transversal. Luego cubriendo la sutura se realiza una funduplicatura con la cámara gástrica que obra como válvula al reflujo. Es una técnica que hemos realizado, sencilla y segura.

Operación de Tahl. Ideada en 1965 y de reciente aplicación. Consiste como lo mostramos en los diapositivos, en seccionar longitudinalmente la estenosis y abierta la luz esofágica manteniendo separados sus labios, cubrir el defecto con la cámara gástrica que se sutura, de tal forma que la cara serosa mire hacia la luz esofágica. La experimentación demuestra que en 40 días la superficie serosa es cubierta por la mucosa esofágica adyacente.

Es un procedimiento rápido y que reúne los dos objetivos de abrir la luz esofágica y evitar por un dispositivo gástrico el reflujo.

Estas intervenciones determinan la vaguetomía total o parcial y si es preciso debe asociarse la píloroplastia.

Debe realizarse biopsia. La posible confusión de una estenosis benigna con un neoplasma, y la frecuente asociación entre ambos, que oscila en estadísticas recientes en el 18 %, obliga a realizar biopsias extemporáneas en forma prácticamente sistemática. Recuerdo un caso en que me tocó actuar, donde la clínica, la radiología y la endoscopia aseguraban el diagnóstico de benignidad; en el acto operatorio al seccionar la estenosis comprobamos un nódulo duro submucoso muy sospechoso de neoplasia. La histología comprobó que se trataba de un carcinoma malpighiano de esófago.

2) *Resección estenótica.* La resección de la estenosis más o menos limitada dado que no es patología oncológica, comprende la esofaguectomía distal con cardias y gastrectomía polar superior. El restablecimiento digestivo puede hacerse mediante esofagogastrostomía terminolateral (op. de Sweet) que tiene la desventaja de no evitar el reflujo y por lo tanto éste determina una nueva

estenosis de la neoboca. Hemos empleado esta técnica en 3 estenosis graves, y en 2 de ellas se reprodujo una estenosis que obligó a la dieta líquida exclusivamente. Debe pues abandonarse. Se han ideado otros procedimientos que realizan una continencia gástrica, mediante la construcción de un ángulo de His (proc. de Lortat-Jacob) o por interposición yeyunal o colónica. Estas últimas para los casos de estenosis muy extendidas longitudinalmente.

Los procedimientos basados en la resección tienen el grave inconveniente de ser técnicas más largas y laboriosas, exponiendo a la fistula por falla de sutura.

c) *Forma grave, enfermo senil o caquéctico.* El estado general obliga a optar por los procedimientos más simples como vaguectomía y piloroplastia o aun la gastrostomía. El tratamiento quirúrgico sólo está indicado si los tratamientos médicos y las dilataciones son infructuosas.

II) *Esofagitis altas* (mesoesofágicas) (síndrome de Barret, endobraquiesófago).— Puede optarse por la sección o la resección de la estenosis y complementarla con una plastia antirreflujo (Nissen o Lortat-Jacob) que no hay porqué emplazarla a nivel de la estenosis, sino que puede realizarse a la altura del diafragma o por debajo de él. Debo afirmar que la efectividad de la funduplicatura para evitar el reflujo no se pierde si se deja dentro del tórax; en 5 casos el estómago intratorácico no ha determinado reflujo y los resultados fueron excelentes.

5) ELECCION DE LA VIA DE ABORDAJE

Torácica. Acceso directo a la lesión.

Se impone en: Sospecha de neoplasma. Duda diagnóstica. Esofagitis perforada o sangrante. Estenosis alta.

Se aconseja en: Lesión crónica. Periesofagitis. Obesidad.

Abdominal. Esofagitis bajas, leves, reversibles. Mal estado general. Patología abdominal asociada.

6) CASUISTICA Y RESULTADOS

Nuestro estudio se basa en 39 casos de esofagitis por reflujo, operados que agrupan enfermos del Hospital de Clínicas Serv. Prof. Chifflet y de asistencia mutual. Fueron tratados en un período de 5 años (1963-1968) y hemos tenido la oportunidad de seguirlos en su evolución a la mayoría de ellos. Comprenden según muestra el cuadro adjunto, portadores de hernias por deslizamiento en su mayoría (33 en 39).

La mayoría de estos casos son esofagitis de grado leve o mediano, con o sin síndrome disfágico; sólo 5 casos corresponden a estenosis fibrosas severas.

Hemos reunido 13 casos operados por nosotros de estenosis esofágicas benignas, para mostrar como la causa fundamental de ella, es la E. por R. Sólo resta la patología del megaesófago y las membranas esofágicas como estenosis sin esofagitis.

Los procedimientos quirúrgicos empleados por nosotros se basan en la funduplicatura de Nissen, eficaz plastia hiatal que corrige el reflujo; creemos que es la técnica mejor, dado que hemos tenido fracasos con la técnica de Allison y con la plastia de Lortat-Jacob.

No olvidar el gesto quirúrgico adicional de la vaguectomía y piloroplastia, que si está indicado (hiperclorhidria) complementa muy bien la plastia hiatal.

En las estenosis severas, no olvidar que pueden confundirse con neoplasmas, y realizar plastias sin necesidad de reseca la zona enferma.

En nuestros tres primeros casos cuando aún no se conocían la operación de Nissen-Rossetti y la operación de Thal, realizamos la operación de resección cardial con anastomosis incontinente tipo Sweet; de ellos sólo uno marchó bien, los restantes recidivaron la estenosis en la zona de sutura.

En suma: la intervención más indicada para la *esofagitis leve con o sin síndrome disfágico* es la *funduplicatura de Nissen* por vía abdominal o torácica, a la que puede asociarse según el caso, la vaguectomía y piloroplastia o la dilatación endoluminal por gastrotomía fúndica.

Es una intervención de escaso riesgo, y que da excelentes resultados.

Para las *estenosis esofágicas severas* aconsejamos la vía torácica, abertura longitudinal del esófago, realización de biopsia y luego plastia según el *procedimiento de Nissen-Rossetti* o por la *operación de Tahl*, que si bien de esta última no hemos tenido oportunidad de realizarla, todas las citas bibliográficas son elogiosas.