

ESOFAGITIS POR REFLUJO

Discusión

Dr. MEROLA.— Se dirigió a la Mesa esta pregunta: Diferencia, si la hay, entre la esofagitis estenosante del adulto y del niño. La va a contestar el Dr. Vega.

Dr. VEGA.— Tenemos un caso de un niño que después de la cirugía, después del procedimiento de Allison, a los 2 años (actualmente tiene 9 años) ha podido ser mantenido en estado de permeabilización esofágica a través de todo este tiempo, realizando dilataciones periódicas, mientras que en el adulto, tengo la impresión que una vez establecida la lesión, la tendencia a la reversibilidad, es decir, a colocarse en la situación anterior, es mucho más difícil que en el niño. Además el Prof. Bermúdez, no ha enseñado que en el niño los elementos agregados del tipo de congestión, edema y sobre todo espasmo, tienen mucho valor y por lo tanto son elementos reversibles en el cual él insistió en su conversación, es decir, en suma, el punto de vista de la tenacidad, de la persistencia de la lesión es mucho más pronunciada la lesión fibrosa en el adulto que la que presenta el niño.

Dr. ETALA.— En primer lugar, quisiera hacer una pequeña consideración sobre el problema de reflujo ácido y reflujo alcalino, porque evidentemente el reflujo ácido es muy grave y la mucosa esofágica es sensible al reflujo ácido, pero lo es también al reflujo alcalino y no es necesario que exista tripsina para que se produzca la esofagitis por líquidos alcalinos, como sería la bilis. Está perfectamente comprobado (por Wangensteen y después repetido en una experiencia hecha hace apenas unos meses, en la que se probó) que el sodio de la bilis es el agente causal de esofagitis por reflujo de origen alcalino, de la que no hace falta ni tripsina sino un elemento irritativo importantísimo capaz de provocar una esofagitis por reflujo tan intensa y aun experimentalmente más intensa que por el ácido clorhídrico porque la mucosa del esófago es terriblemente sensible a la acción de los alcalinos. Otro problema al que quería referirme, así muy sucintamente, es el problema de la úlcera, la úlcera del esófago; no estamos muy de acuerdo en separar un tipo de úlcera provocada por esofagitis y el otro tipo de úlcera, llamada de Barret o úlcera que se produce en el esófago inferior tapizado por mucosa gástrica; eso realmente está por probarse. Barret lo afirmó categóricamente hace mucho y evidentemente no es fácil comprobarlo, porque no hay que olvidarse que la mucosa esofágica erosionada o afectada por una úlcera con inflamación a pesar de

tener en su iniciación un epitelio epidermoide, cuando cicatriza después de una agresión, después de una regeneración, se produce la formación de un epitelio, de un tipo exactamente igual al de la mucosa gástrica. Claro que es muy difícil probarlo si realmente es esófago de Barret, es cierto como se dice habitualmente y se encuentra con cierta facilidad o es simplemente una forma de reaccionar de la mucosa esofágica que siendo agredida, reacciona de una manera tal que entonces la mucosa en lugar de ser del tipo epidermoide es de tipo gástrico, y eso se comprueba a diario con hacer biopsia en los procesos regenerativos del esófago. Además la úlcera de esófago produce estenosis del esófago; se dijo hoy que la úlcera del esófago no produce estenosis, o que la estenosis es parcial; puedo afirmarles en forma categórica que la úlcera del esófago produce estenosis y de forma total; evidentemente, si bien la úlcera del esófago toma una hemicircunferencia o un cuarto de circunferencia del esófago, hay un proceso de estenosis, hay un proceso de infiltración, de edema, que evidentemente agrava enormemente la estenosis provocada por esta úlcera; no es posiblemente la úlcera en sí, en su período inicial, no es por cierto el edema, por infiltración, por la congestión que trae la estenosis importante y después cuando viene el período cicatrizal también se puede producir estenosis por reemplazo del tejido ulceroso por tejido de tipo fibroso que llega también a la cicatriz, y eso lo hemos comprobado perfectamente bien, de manera que no tiene duda. Con respecto a la úlcera de Barret, me animaría a decir que la úlcera de Barret no es ni más ni menos que una úlcera gástrica exactamente igual en la bolsa superior del estómago prolapsada en el tórax. Un hecho importantísimo que hay que tener en cuenta, y que se ha dicho acá en la reunión por casi todos los relatores en forma tan brillante sobre la reversibilidad del proceso esofágico, es una cosa muy importante, porque nosotros vemos que las lesiones serían fatalmente progresivas, en la esofagitis por reflujo, si no hubiera, el día, porque evidentemente la lesión y la agresión se produce durante la noche, es decir, cuando el enfermo está en decúbito dorsal, pero la reparación, la regeneración se produce durante el día, cuando el enfermo está de pie o sentado, o porque en ese momento no hay reflujo; si no fuera así el proceso sería mucho más grave, mucho más precoz y mucho más intenso; esto está perfectamente comprobado, que cuando se suprime el reflujo se suprime evidentemente la acción del jugo gástrico o del jugo pancreático o del jugo biliar y se produce una tendencia curativa extraordinaria. Eso lo hemos visto a veces después de haber suprimido el reflujo a las 24 o a las 48 horas, que lesiones que parecían irreversibles desaparecen como por encanto simplemente por haberse suprimido el reflujo. Esto quiere decir que la supresión de reflujo es lo fundamental en cualquier tratamiento que se haga contra la esofagitis, si no hay supresión de reflujo posiblemente no haya curación de la esofagitis, de modo que todo procedimiento, ya sea procedimiento, digamos, que reseque la lesión o que no la reseque, el hecho es que todo enfermo que tenga una esofagitis por reflujo, para que cure debe impedirse el reflujo, de lo contrario evidentemente es inútil hacer toda terapéutica. Hay un hecho importante, una esofagitis por reflujo se trata habitualmente por esas múltiples

operaciones que existen; por ejemplo, la operación de Sweet, que es una esofagogastrectomía que realmente para el tratamiento de la esofagitis por reflujo debía considerarse como una operación iatrogénica, porque prácticamente en el 30 ó 40 % de los casos después de una operación por más amplia que sea, la lesión del esófago recidiva, es más precoz y mucho más intensa y más extendida, que lo que tenía el enfermo antes de la operación, por lo cual esta operación debe ser completamente proscripta, porque evidentemente no solamente no cura sino que agrava la situación y una vez que el enfermo sea operado dos veces, sinceramente en la tercera vez es muy difícil poder operarlo; en esos casos, con algún éxito. Evidentemente hay que deslindar dos situaciones muy especiales.

Especialmente me voy a referir a la hernia del hiato que es lo más importante, digamos, especialmente la hernia por deslizamiento que trae reflujo en un porcentaje muy importante, que es lo que se debe tratar. El hecho de que una hernia del hiato por deslizamiento debe ser tratada por los medios adecuados del punto de vista quirúrgico, cuando tienen indicación quirúrgica, consideramos que es un porcentaje de un 20 ó 25 %, no más, de indicación quirúrgica. Hay que restablecer la continuidad digestiva, por supuesto, o mantener la continuidad digestiva y restablecer al estómago por debajo del diafragma; eso es condición fundamental. Hay casos en que no se puede hacer, pero entonces cuando no se puede hacer esto entra en otra categoría, que ya vamos a analizar inmediatamente. En la hernia del hiato esofágico por deslizamiento es necesario llevar el cardias por debajo del diafragma; esto es condición indispensable para que tenga éxito y este descenso del cardias por debajo del diafragma debe hacerse sin tensión, fácilmente, con toda libertad; si es necesario hay que ir hasta el cayado de la aorta, disecar el esófago, para que venga fácilmente hacia el abdomen y pueda mantenerse en el abdomen. Una disección tímida, insuficiente o una fijación insuficiente abajo, evidentemente va a hacer fracasar la operación. Muchas veces se disecciona, se libera muy bien, pero después no se desciende bien el cardias; entonces el cardias queda en el hiato o por encima del mismo y no por debajo del hiato como debe quedar, digamos, cuando se hace una restitución adecuada; evidentemente en la mayor parte de los casos se puede hacer esta restitución usando el procedimiento de Allison, el procedimiento de Maden o un procedimiento modificado de cualquiera de ellos; son muy buenos todos, con tal que se haga la técnica muy bien, se lebere el esófago, se descienda, se haga la reparación del hiato esofágico sin dificultad. Nosotros habitualmente y autores como Allison, como Maden, como Effler, no hacemos ninguna otra reparación, ninguna otra operación complementaria y los resultados son buenos, siempre que la reparación, repito, se haya hecho correctamente. Esto es un factor fundamental, es decir, que el esófago abdominal que tenía el enfermo antes de la enfermedad, vuelva a ser ubicado en el abdomen; esto es condición fundamental para que la acción de la presión intraabdominal de acuerdo al efecto, tenga realmente la eficacia que debe tener.

Cuando tenemos un esófago corto o acortado por un proceso de esofagitis por reflujo intenso, evidentemente no pudiéndose descender el cardias, hay que

reemplazar esta operación Allison, Maden o cualquiera otra, por una operación diferente que trate de impedir el reflujo por todos los medios, para evitar realmente la recidiva de la esofagitis. La esofagitis es reversible en la mayor parte de los casos; el edema, la infiltración, el esofagospasmo desaparece después que se ha impedido el reflujo; entonces como primera medida para tratar un caso de éstos, de esófago corto, hay que impedir el reflujo. ¿Y cómo se impide el reflujo? Hay muchas maneras; nosotros lo impedimos simplemente por el reemplazo valvular del cardias, abolido de su función, por un corto segmento de yeyuno dispuesto en forma isoperistáltica, que no tenga más de 8 cm. de longitud, interpuesto en forma infradiaphragmática. El efecto de las presiones abdominales y de las contracciones peristálticas normales de este segmento de intestino interpuesto por debajo del diafragma es una verdadera válvula que impide el reflujo gastroesofágico; nosotros lo hemos usado con éxito en todos los casos hasta ahora. Además de esto, por supuesto, hay que completar la operación con la disminución de la secreción gástrica, por lo que se hace una vaguectomía y una gastrectomía de toda la porción infradiaphragmática del estómago hasta el antro, y luego acelerar el vaciamiento gástrico, para lo cual tenemos la piloroplastia; entonces con este triple procedimiento, impedir el reflujo, facilitar la evacuación gástrica y disminuir la secreción gástrica, que eso es muy importante, porque si no se producen complicaciones, como en la operación de Merendino, por ejemplo. El hace el reemplazo del esófago enfermo; acá nosotros el esófago enfermo no lo tocamos para nada, por esa reversibilidad que tiene la lesión esofágica; el esófago cura simplemente impidiendo el reflujo. Ahora bien, si queda una secuela, entonces se puede dilatar el esófago en el postoperatorio, ya que no habiendo reflujo esa dilatación es permanente, se mantiene; es importante esta consideración, porque evidentemente ya no es lo mismo que dilatar y vuelta a producir el reflujo, porque al dilatar el reflujo se mantiene; evidentemente pocas veces hay que hacer esta dilatación postoperatoria, pero evidentemente es mucho más efectiva.

En los otros casos en que por una hemorragia esofágica importante, una hemorragia por una úlcera esofágica, evidentemente no hay más remedio que hacer la resección porque el enfermo con una úlcera gástrica y esa úlcera gástrica está fenestrada, en una arteria importante en el mediastino, evidentemente pone en serio peligro la vida del individuo y hay que operarlo inmediatamente. Nosotros habitualmente tratamos de colocarlo un balón de Shens-tacken-Blakemoore, como primera medida, como si fuera una várice esofágica con objeto de tratar de cohibir la hemorragia mientras lo preparamos para la resección; evidentemente la operación debe hacerse inmediatamente, siempre que el enfermo esté en equilibrio hemodinámico, en forma adecuada para que tolere una intervención de esta naturaleza. Otra indicación de cirugía directa en que hay que hacer resección, ya no se puede dejar el esófago sin resecar, esa parte enferma, es cuando la úlcera se ha perforado; la úlcera habitualmente se perfora en el mediastino, raramente se perforan en cavidad pleural libre; cuando existe una perforación pleural libre, siempre hay, digamos, una especie de bloqueo de la zona, de tal manera que es muy difícil que nosotros

podamos ver un neumotórax en una úlcera perforada; generalmente es una mediastinitis y tenemos que ir a drenar el mediastino para en un segundo tiempo hacer la resección. Otra situación es la de aquellos enfermos con una esofagitis estenótica muy intensa que uno puede ver del punto de vista radiológico, del punto de vista esofagoscópico, del punto de vista de la comprobación por las bujías dilatadoras, que esa esofagitis por reflujo estenótica, digamos definitiva, es irreversible; esa idea la podemos tener nosotros, cierto, simplemente, por esa comprobación clínica, radiográfica, evolutiva, etc.; de tal manera, y en ese caso, nosotros después de un tratamiento de prueba no tenemos más remedio que hacer la resección de ese esófago enfermo y hacer la interposición yeyunal o colónica, de acuerdo a lo que el cirujano pueda preferir, pero evidentemente en esas tres situaciones cuando se ha fracasado o cuando hay peligro de vida, es necesario hacer una resección y no simplemente una interposición con el efecto de impedir el reflujo; nosotros con la técnica de impedir el reflujo, o sea, el tratamiento del esófago corto complicado con esofagitis intensa con úlcera, con hemorragias repetidas, con estenosis digamos definitiva, hemos tenido 12 casos en que hemos operado con complicaciones graves; en otros casos hemos hecho otro tipo de operaciones; hemos hecho dilatación o tratamiento médico; a un enfermo de 78 años no lo vamos a operar, por supuesto. Tenemos un enfermo que está con una estenosis bastante marcada en este momento, pero que anda perfectamente bien con un régimen adecuado a su edad, y el enfermo tolera bastante bien la situación, evidentemente por los años que tiene; pero lo importante es que nosotros en 12 casos que hemos operado y que algunos de ellos llevan ya trece años de evolución el más viejo. Evidentemente los resultados han sido excelentes y hemos hecho comprobaciones endoscópicas postoperatorias; ya a las 24 horas de la operación hemos visto que regresión de la mucosa esofágica ha sido extraordinaria evidentemente también. Desde el punto de vista cinematográfico hemos estudiado concienzudamente y hemos visto que el reflujo no se produce, la acción antirreflujo del segmento de intestino colocado debajo del diafragma es realmente muy valiosa; no es lo mismo cuando el segmento intestinal parte de él está en el abdomen y parte en el tórax, sometido a presiones diferenciales entre el abdomen y el tórax; entonces evidentemente, eso puede dar lugar a reflujo, aunque sea en pequeña cantidad, y lo cual anula en parte el resultado de la operación.

Dr. BERMUDEZ.— Para que no quede un falso concepto de lo que hemos expresado en este sentido, creo que hay un punto que el Dr. Etala lo debe haber entendido mal; en ningún momento hemos dicho, en esta Mesa Redonda, que la úlcera no estenosaba; hemos estado hablando de esofagitis ulcerosa y estenosante, valorando individualmente cada una de las situaciones patológicas.

Dr. BARQUET.— Mostré, precisamente, que la úlcera marginal está en la unión esofagogástrica en pleno epitelio pavimentoso por encima de la zona dentada de unión; es la que provoca la estenosis, como ahí está bien marcado en nuestro slide, con engrosamiento parietal a expensas sobre todo de

ia circular. En cambio en la úlcera de Barret, digo precisamente de acuerdo a los conocimientos que he adquirido, que esa úlcera en general es segmentaria, que no da toda la vuelta circunferencialmente al esófago y que, por lo tanto en general esa úlcera no provoca estenosis a diferencia de la que está por encima y finalmente en el otro diapositivo en donde se muestra perfectamente bien la estenosis provocada precisamente en la unión, por una úlcera y esclerosis que va dando toda la vuelta al esófago y la estenosis fibrosa residual como consecuencia del proceso inflamatorio anterior. Quiero simplemente repetirlo, porque puede haber un mal entendido. También dijimos que la úlcera de Barrett asienta en mucosa gástrica y presenta las características del úlcus gastroduodenal, con posibilidades de perforarse y provocar hemorragias masivas. A diferencia de las ulceraciones superficiales cuya hemorragia se manifiesta por anemia crónica, respondiendo mejor al tratamiento férrico que a las transfusiones.

Dr. MEROLA.—Creo que están de acuerdo; es por un mal entendido, por la forma de decirlo, pero están de acuerdo en que estenosa; menos la úlcera de Barret, que es un tipo de úlcera gástrica en el esófago torácico, que la esofagitis y la erosión circular de la mucosa.

Dr. BADANO REPETTO.—El hecho que haya pedido la palabra, significa simplemente para expresar algo relacionado con lo que dijo del doctor Barquet, en lo que estoy completamente de acuerdo. He trabajado desde el año 1958 también sobre este tema tan joven, que nunca se pone viejo. La unión esofagogástrica, en realidad el aparato antirreflujo, está constituido por un sistema intrínseco esfinteriano y un sistema extrínseco valvular. Existen pruebas de orden anatómico, funcional y quirúrgico que fundamentan esto.

Mi aporte a esta Mesa Redonda puede resumirse así: la existencia de un aparato esfinteriano intrínseco (esfínteres) y extrínseco (ángulo de Hiss, válvula de Gubaroff, etc.) en el esófago terminal es una realidad que puede fundamentarse en elementos de orden embriológicos, anatómicos, funcionales y quirúrgicos.

Dentro de la anatomía comparada, animales segmentados como esta lombriz de tierra (*Lumbricus agrícola*) que le hemos hecho ingerir bario, muestra una serie de dilataciones que corresponden a las segmentaciones y una que corresponde al ámpula esofágica. En estos cortes histológicos se pueden observar detalles interesantes a ese nivel. Lo mismo en este oxiuro que proyectamos la dilatación del esófago distal.

En los animales más evolucionados, pero todavía sin diafragma, observamos la existencia del ámpula esofágica y las estrecheces correspondientes al esfínter inferior del esófago y del ámpula. Diapositivas de un batracio y de ofidios, donde hemos podido observar la existencia de epitelio similar al que aparece a ese mismo nivel en el ser humano en las distintas etapas del desarrollo.

En los animales con diafragma hemos elegido especialmente al murciélago, dada su costumbre de colgarse de sus patas traseras inmediatamente

después de ingerir los alimentos. Se pasan diapositivas de radiografías tomadas en esa posición y con lipiodol en el estómago, observando una contención perfecta, lo que haría suponer, según la opinión de Harrington, en la existencia de unos pilares diafragmáticos poderosos. El estudio anatómico del diafragma de dicho animal (se pasan diapositivas) reveló un diafragma delgado como una hojilla de papel de fumar y débiles pilares. Pero la histología del estómago terminal (se muestran diversos cortes histológicos) reveló engrosamientos musculares importantes en el esófago terminal, especialmente al comenzar el úm-pula y al terminar.

La anatomía normal del hombre evidenciada en este caso por radiografías al acecho sobre la región del esófago terminal, muestra cosas interesantes, especialmente si utilizamos algunas maniobras como la ingestión de bario en posición invertida, bebidas con gas, etc.; se pasan las diapositivas correspondientes donde se pueden apreciar la existencia del esfínter inferior del esófago, el úm-pula esofágica y el esfínter correspondiente. La anatomía patológica nos ofrece elementos anatómicos de importancia indirecta, como puede verse en esta diapositiva en que se visualizan dos divertículos (seguramente de pulsión), uno colocado inmediatamente por encima del esfínter inferior del esófago y otro por encima del esfínter inferior del úm-pula.

Los fundamentos de orden funcional pueden evidenciarse estudiando el esófago bajo la acción de distintos fármacos y estímulos.

Se pasan diapositivas de esófagos humanos bajo la acción de distintos fármacos como el Taractan, Prostigminc, etc., evidenciándose netamente las formaciones esfinterianas a que hacemos referencia.

En esta diapositiva se muestra un reflujo que se detiene primero en el esfínter inferior del úm-pula y luego en el esfínter inferior del esófago.

En cuanto a los fundamentos de orden quirúrgico, mostramos operaciones sobre el síndrome megaesofágico en que se respecta el esfínter inferior [diapositiva mostrando una esofagogastróanastomosis por debajo del esfínter (operación de Biondi-King)].

El control postoperatorio no reveló reflujo; en cambio en esta otra en que la anastomosis se hizo por encima del esfínter inferior, podemos apreciar el reflujo importante.

En operaciones en que se anula el ángulo de Hiss y existe un buen funcionamiento del aparato esfinteriano intrínseco del esófago terminal no aparece reflujo, como puede apreciarse en estas diapositivas de una resección gástrica (Fundo-corpor-ectomía) que en 1961 presentamos a la Sociedad de Cirugía como tratamiento de la hiperclorhidria. En un Trendelenburg exagerado se ve la columna baritada detenerse a nivel de los esfínteres del esófago terminal.

Y por último en esta diapositiva, que es de una paciente de 77 años con un reflujo importante y se niega a la operación, le practicamos una frenicectomía a izquierda con objeto de exajar el ángulo de Hiss, obteniendo un excelente resultado clínico y radiológico como lo evidencia esta última diapositiva.

Dr. MEROLA.— Se agradece al Dr. Badano Repetto y se deja constancia que el Dr. Barquet y yo, sobre todo el Dr. Barquet, conocíamos su trabajo.

Dr. CENDAN.— Nosotros nos hemos interesado en el problema de la esofagitis por reflujo, desde hace mucho tiempo, especialmente en lo que se refiere a las hernias hiatales por deslizamiento. En tales casos hemos aplicado para su tratamiento quirúrgico, una serie de procedimientos con los cuales tuvimos una suerte relativa, muy relativa, especialmente con la técnicas que tratan de reconstruir el hiato esofágico del diafragma, fuera por la técnica de Allison, de Harrington u otro tipo.

Llegamos así a la conclusión de que la reconstrucción del hiato esofágico no basta para tratamiento de los síntomas. Comenzaremos entonces a utilizar las técnicas destinadas a evitar el reflujo; con la técnica de Lortat Jacob hemos operado varios enfermos, de los cuales algunos evolucionaron muy bien, pero tuvimos algunas recaídas; la reintervención en uno de ellos nos mostró que toda la zona que había sido suturada, había recaído; es decir, se había de hecho de nuevo el ángulo de His por falla de la sutura. Utilizamos entonces la técnica de Santy-Michaud con idéntico resultado. Fue entonces que tuvimos la ocasión de conocer la técnica de Tahl, para tratar la estenosis cardial del magaesófago y nos pareció una técnica muy ingeniosa que evitaba el reflujo mediante la confección de un nuevo mecanismo valvular indestructible. Ideamos entonces una técnica que se basa en la técnica de Tahl, pero que tiene como diferencia fundamental el hecho de que respecta el esfínter cardial y las fibras areiformes del estómago y realizamos una sutura de la gran tuberosidad gástrica en su parte derecha al esófago, que es indestructible.

Para ello procedemos a la sección de la musculoesférica gástrica, respetando la mucosa del estómago que queda adherida contra la pared muscular del esófago, como lo mostré en diapositivos. En este diapositivo se esquematizan las distintas técnicas del restablecimiento del mecanismo valvular. La técnica de Nissen y la de Baily son técnicas, a nuestro modo de ver, buenas en lo que se refiere al restablecimiento del mecanismo valvular, pero malas en lo relativo a la funcionalidad del esófago, dado que determinan una malposición cardiotuberositaria. El enfermo operado en estas condiciones difícilmente eructa; nosotros tuvimos que reoperar a una enferma que hizo una dilatación gástrica importantísima consecutiva a un Nissen, no hecho por nosotros, pero que estaba muy bien hecho y que había funcionado unos 4 ó 5 años muy bien. Y hemos tenido hace muy pocos días una enferma operada con un Nissen correctísimo, que hizo un cuadro obstructivo del intestino delgado e hizo una dilatación gástrica tan importante que obligó a la reintervención ante el peligro inminente de fenómenos cardiorrespiratorios gravísimos provocados por la distensión gástrica.

Nosotros creemos que el restablecimiento del ángulo de His debe ser hecho sin modificar la posición de la región cardiotuberositaria, restableciéndola a sus condiciones normales. En la Revista de Cirugía del Uruguay (27: 216; 1967) hemos publicado la técnica a que hacemos referencia.

En este dispositivo se ven las distintas maniobras utilizadas para realizar esta reconstitución del ángulo de His: 1º) se ve como se toma la gran tuberosidad; 2º) se ve cuando se corta la mucosa y la submucosa; y 3º) se ve como la tijera hace el decolamiento submucoso para llegar en el 4º) a la cara posterior del esófago traccionada por una pinza y practicar la sutura posterior y luego la sutura del borde anterior a la cara anterior del esófago. Cuando la gran tuberosidad del estómago, como a menudo sucede y sobre todo en personas de edad, está muy adelgazada, es imposible hacer el decolamiento submucoso; entonces nosotros cortamos la mucosa, es decir, hacemos una gastrotomía en esta zona y hacemos la sutura en la misma forma que está indicado en el esquema, con la seguridad de que en el postoperatorio la zona del esófago que queda en el estómago se epiteliza rápidamente.

Nosotros hemos realizado la operación de Thal en tres casos de megaesófago; en algunos casos es lógico que esta operación no dé resultados, porque se trata de estenosis. Este tipo de operación que nosotros sostenemos es para los casos en que el cardias ha perdido su capacidad de continencia, por las razones que ha mostrado muy bien el Dr. Barquet, sobre todo con un esquema de Marehand en el cual la supresión de la gran tuberosidad con un claro basta para producir una disminución considerable de las posibilidades de continencia del cardias, en la misma forma que se observa en la hernia por deslizamiento. En el caso de la hernia por deslizamiento, en algunos casos en que nos ha sido difícil descender el cardias, hemos recurrido a la misma técnica, pero abandonando el estómago y el cardias en el tórax, es decir, dejando una hernia tal que deja de ser por deslizamiento para convertirse en una paraesofágica construida por nosotros; los resultados han sido excelentes. En el momento actual tenemos 17 operados con esa técnica, sin ningún accidente, algunos muy añosos y un hecho muy importante que creo que se debe hacer notar: no sé si entendí bien, pero se dijo que la hemorragia no era un hecho importante en esos enfermos; las causas más frecuentes por las que hemos tenidos que operar hernias por deslizamiento, han sido: esofagitis y hemorragia; y dentro de la hemorragia tenemos casos con anemias muy graves e, incluso, con hematemesis. La técnica que proponemos es muy simple; puede ser realizada en enfermos muy añosos: se realiza con toda facilidad por vía abdominal y da excelentes resultados. Muchas gracias.

Dr. MEROLA.—Dr. Cerdán, muchas gracias; todos sabemos de su competencia en este tema. De manera que, de nuevo, muchas gracias.

Dr. PRADERI.—Quiero hacer énfasis en algo que quizás no quedó muy claro en mi disertación; conocemos en la Clínica en que actuamos las ventajas del procedimiento de Nissen que estamos empleando prácticamente en forma rutinaria para las hernias diafragmáticas por deslizamiento con síntomas, con indicación quirúrgica y para algunos tipos de esofagitis. Debo señalar que es un procedimiento que se puede hacer tanto por vía abdominal como por vía torácica, de fácil ejecución; el único peligro es la rotura del bazo, hecho que se termina con la esplenectomía, pero es un procedimiento relativamente sencillo que lo realiza la mayor parte de los cirujanos. En la

Clinica llevamos más de cuatro años de experiencia en esta técnica, no hemos tenido ninguna complicación, los enfermos la toleran perfectamente bien e, inclusive, ese problema que señalaba el Dr. Cendán no ha repercutido así en forma importante en los enfermos. La imposibilidad de eructar, de crearse un antiperistaltismo fisiológico, no ha trascendido; los enfermos lo toleran perfectamente bien. Hemos realizado esta técnica en enfermos muy obesos, obesos y obesas, y realmente los resultados han sido excelentes; es un procedimiento que no recidiva, en la hernia diafragmática; en muchos casos hemos debido dejar el estómago dentro del tórax siguiendo el mismo criterio que señalaba el Dr. Cendán recién; evidentemente que daba la impresión, según la evolución clínica de esos enfermos, que el diafragma no tiene entidad en el mantenimiento o en la supresión del reflujo, la eficacia del procedimiento de Nissen de la funotuplicatura lo anula, del punto de vista funcional.

Dr. BERMUDEZ.—No he realizado muchas operaciones de Nissen. Pero las que he realizado los enfermos han marchado perfectamente bien sin ningún inconveniente en el postoperatorio inmediato; pero el postoperatorio tardío un Nissen realizado hace dos años, con perfecto resultado y perfecta funcionalidad, hizo una oclusión intestinal por bridas y la distensión gástrica fue tan grande, porque esa enferma no podía vomitar. Que hubo necesidad de hacerle una gastrostomía de urgencia antes de actuar sobre la oclusión intestinal; de modo que es una realidad la imposibilidad de eructar y vomitar; es una cosa que puede ser seria en este tipo de operación.

Dr. YANNICELLI.—Aunque el tema se refirió fundamentalmente al adulto y no al niño, felicito a los colegas que han hecho esta experiencia sobre el tema y quiero señalar algunas características especiales a los efectos de que accidentalmente pueda verse con una hernia en el niño. Hay muchos procedimientos; nosotros tenemos hechos 8 casos de hernias hiatales en los cuales (en la mayoría) usé la técnica de Allison, con bastante buen resultado. Teniendo una recidiva al cabo de cinco años. Quiero decir primeramente, para moraleja, que una técnica no se puede juzgar al cabo de uno ni de dos años; a veces se tiene que esperar mucho tiempo. En segundo lugar hay elementos predispuestos para la recidiva; es una forma existente, es algo constitucional que no conocemos, pero lo conoceremos más adelante; ya vimos que antes creíamos que todo era reflujo ácido; ahora sabemos que puede ser reflujo alcalino, de manera que este tema joven que se va ampliando cuanto más estudiamos, más dudas tenemos en el particular, después de haber leído el hermoso Simposio realizado en París por los cirujanos de niños con asistentes también de cirugía de adultos, que se han reunido en una publicación que ha tenido gran difusión en nuestro medio.

También hemos pensado que no se puede sacar conclusiones todavía definitivas; estamos aprendiendo: en primer lugar, hernias hiatales sin reflujo, reflujo sin hernias hiatales y al final reflujo y hernias hiatales que no son patológicos, que los vemos y que no tenemos que apurarnos a intervenir, en el caso de lactante, de recién nacido y del niño chico la existencia de un reflujo pequeño existe y nosotros tenemos que salvarlos y contemplarlos con

procedimientos médicos, en primer lugar teniendo en cuenta lo que ya dije, y en segundo lugar con todas las dudas y la complicidad de técnicas que nos están diciendo que no hay ninguna que nos satisfaga de manera definitiva. Estoy seguro que a medida que una técnica aparece y se va a instalar va a traer una crítica y va a traer las recidivas. Yo tuve un caso que lo operé creo utilizando criterio de cirujano, frente a una hernia diafragmática por reflujo tiene que actuar igual que frente a otros casos patológicos, decir no voy a hacer esto; es decir, si encuentra un hiato esofágico grande, hay que reducirlo; si encuentra un ángulo disminuido hay que reconstruirlo, no podemos actuar solamente sobre una parte; en ese caso nosotros habíamos dicho que la recidiva se produjo a los cinco años, un chico que había tenido poliomielitis, tenía un diafragma laminar, una recidiva que llegó a producir una misma patología y en forma ya irreversible eso me da entonces que es difícil frente a los casos estudiados que haya una técnica especial y es para esos casos especiales o excepcionales que desesperadamente vuelven, que debe recurrirle a una técnica de sustitución. De manera que la conclusión que yo sacaba es que podemos ser optimistas ante una técnica si no la hemos estudiado, analizado a través de los años, en segundo lugar ser menos intervencionistas que antes, a pesar de nosotros, a pesar que nosotros en nuestra Clínica, cuando nos hemos encontrado con una hernia hiatal pensamos en la posibilidad de la complicación, complicación que se ha analizado muy bien aquí. Nosotros tuvimos dos casos: uno de ellos con una ulceración de esófago, que adhería a la aorta, ahí teníamos que ir sobre el esófago y la úlcera quedó al descubierto; la cerramos y se produjo un pioncumotórax en el postoperatorio. Me hubiera gustado conocer y lo hice así en el Congreso de Pediatría que se realizó en Río de Janeiro, hablar de las cosas que vemos en el acto operatorio y las complicaciones que se producen, para que la gente joven no crea que la hernia hiatal se resuelve así en todos los casos con esa facilidad. Hay esófagos que no incide nadie y si lo quiere hacer el desgarrar y basta que exista una ulceración adherida y exista una periesofagitis adhesiva para que sea imposible trabajar sin agredir las estructuras del propio esófago. Recuerdo que criticamos en esa oportunidad al Dr. Schwarman de haber escrito en un capítulo voluminoso, de que siempre era posible buscar un plano de clivaje y descender el esófago. Creo que la vez que se tiene un caso complicado, un proceso inflamatorio conjuntivo estenosante, es imposible poder descender, sin que se produzca el desgarrar; de manera que cada vez tenemos que ser menos intervencionistas y tenemos que disponer de técnicas especiales, ir las probando, ir las adaptando y esperando los resultados. El Dr. Praderi ha hablado de la técnica de Nissen; yo nunca la hice, cada vez que hacíamos la reconstrucción del ángulo, hacíamos una fijación al esófago, cosa que a veces se puede hacer y otras veces no, porque la pared del esófago en el niño es tan delgada que tenemos miedo de poner un punto, con miedo que desgarrar por las tracciones que se pueden ejercer aun mismo por el juego de movimientos respiratorios.

Felicito entonces a la Mesa y hago estas consideraciones relacionadas con la cirugía pediátrica.

Dr. MEROLA.—Muchas gracias. La hernia en el niño precisamente es uno de los temas, como los aspectos médicos del problema y los aspectos diagnósticos que hubiéramos deseado tratar si se hubiere podido desarrollar o si se dispusiera de más tiempo y se pudiera desarrollar de otra manera esta sesión; de manera que es otro de los puntos por lo que habíamos pedido disculpas al principio de esa Mesa. Creemos que se puede dar la discusión por cerrada. Hemos oído cosas muy interesantes, hemos oído comentarios muy lindos, hemos oído algunas diferencias de criterio, de opinión sobre bondad o no de ciertas operaciones, hemos oído entusiasmos extremos y no tanto entusiasmo sobre alguna operación, pero precisamente se repite otra vez en un tema joven no llegado a la madurez; lo lindo, lo bueno son precisamente estas diferencias, lo que certifica que se sigue evolucionando para llegar posiblemente pronto a alguna unidad de criterio y algunos conceptos más firmes de los que se tienen todavía en este terreno que en algunos momentos parece un pequeño tembladeral.

En nombre de las autoridades del Congreso y en nombre de todos los integrantes de la Mesa, muchísimas gracias a todos por la atención prestada. Buenas tardes.