

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Juan Soto Blanco.

MEGAESOFAGO ASOCIADO A ULCERA GÁSTRICA (*)

Tratamiento quirúrgico. - Curación.

Dr. Homero Cosco Montaldo

En esta comunicación se encaran los problemas quirúrgicos en un megaesófago asociado a úlcera gastroduodenal con fracaso de la operación de Heller.

Caso. — Alcino C. Enfermo de 58 años que ingresa al Servicio del Prof. Soto Blanco el 14 de setiembre de 1955. Presentaba un megaesófago que se había iniciado hace 22 años con una disfagia brusca para toda clase de alimentos y que mejoraba por períodos. En el Hospital Pasteur hace 20 años se le practicaron dilataciones de esófago que le permitieron vivir un año sin trastornos, recuperando el peso que había perdido. Hace 8 años ingresó al Hospital Maciel en el entonces Servicio del Prof. Prat, con gran adelgazamiento y disfagia total y, además, dolores en hipocondrio derecho y epigastrio coincidiendo con la expulsión de materias fecales muy negras. Se le practicó una gastrostomía a causa de la intensa disfagia (20 de abril de 1948). Al mes y medio de operado (3 de junio de 1948), el especialista Dr. Barani lo dilata exitosamente logrando que el paciente pudiera ingerir toda clase de alimentos por boca. Sin embargo, en varias oportunidades la disfagia vuelve a instalarse y nuevas dilataciones del esófago se llevan a cabo con buen resultado inmediato. La última tiene efectos tan satisfactorios que el paciente se saca el tubo de gastrostomía. Por esta causa es que, cuando ingresó a nuestro Servicio en setiembre de 1955, el orificio de la gastrostomía estaba cicatrizado. Pero ahora, además de la disfagia, presenta cuadro doloroso de hipocondrio derecho con hematemesis y melenas.

Al examen: mucosas ligeramente pálidas. Dolor espontáneo a la respiración profunda y a la palpación y decompresión en epigastrio e hipocondrio derecho. Se palpa a ese nivel (hipocondrio derecho y epigastrio) una tumoración del tamaño de una tangerina, dolorosa, poco móvil, con defensa del recto. Al tacto rectal, realizado a los 18 días de haber expulsado por primera vez materias negras, le compruebo personalmente materias color alquitrán.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa, el día 26 de junio de 1957.

Los exámenes radiológicos muestran un típico megaesófago en el 4º grado de Olsen (esófago torácico dilatado, alargado, angulado), evacuación gástrica lenta y bulbo deformado (**Fig. 1**).

Se interviene con el diagnóstico de megaesófago asociado a úlcera gastroduodenal complicada de hemorragia y de perforación tapada.

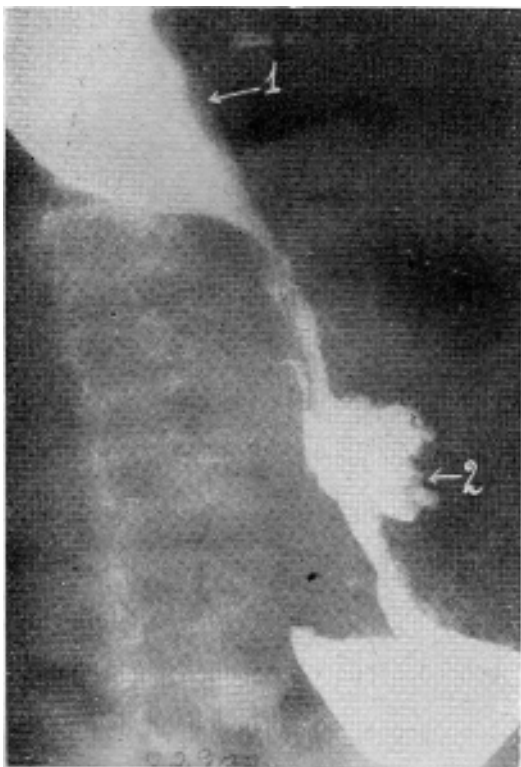


FIG. 1. — Se observa el megaesófago (1) que termina en embudo y el estómago (2) con las modificaciones provocadas por la gastrotomía realizada 8 años antes.

1ra. operación. — 24 de octubre 1955. Se comprueba un megaesófago asociado a gran úlcera gastroduodenal perforada en hígado y adherente al pedículo hepático. **Fig. 2**.

Miotomía extramucosa del esófago Heller

La ulceración era del tamaño de 3 cms. de ancho por 3.5 cms. de largo, situada a ambos lados del píloro, perforada en la cara inferior del lóbulo derecho del hígado, donde formaba una amplia cavidad por delante del cístico y adhería a la cara anterior del pedículo hepático. Se practicó gastrectomía subtotal.

De esta manera se trató simultáneamente el megaesófago (dilatación y operación de Heller) y el úlcus perforado en hígado (gastrectomía parcial).

Postoperatorio. — Buena evolución. Es dado de alta a los 24 días de operado (16 de noviembre 1955), con buen estado general. Satisfactorio pasaje de los alimentos y control radiológico esófago-gástrico favorable. El examen anatómico-patológico de la pieza de gastrectomía muestra que se trataba de una úlcera sin degeneración neoplásica.

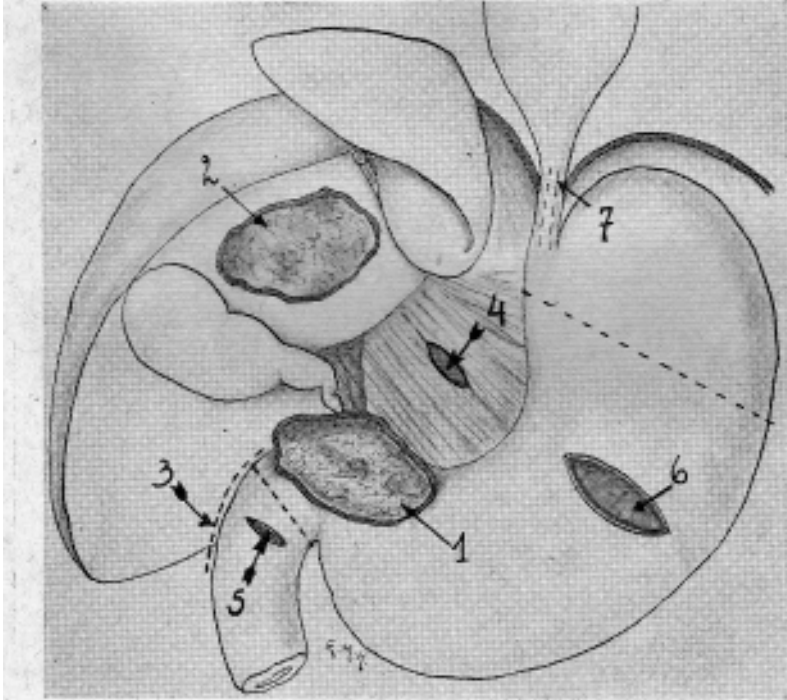


FIG. 2. — Esquema operatorio. Gran úlcera gastroduodenal (1) perforada en hígado (2) íntimamente adherida atrás al pedículo hepático para cuya liberación fue necesario practicar, además de un decolamiento retro-duodeno-pancreático (3) y la disección del pedículo hepático de izquierda a derecha (4), un decolamiento submucoso del duodeno (5). A través de una gastrostomía (6) se realizó la dilatación del esófago estrechado (7) y a continuación la miotomía extramucosa de Heller. Se terminó realizando una gastrectomía subtotal.

Reingresa el 5 de marzo de 1956, a los 4 meses y medio de operado, porque de nuevo se instala la disfagia, que llega a ser total.

Para tratar el megaesófago no era prudente realizar nuevas dilataciones porque la miotomía anterior exponía a una perforación esofágica por falta de la capa seromuscular, decidiéndose resolver el caso con una amplia cardioplastia.

2da. operación. — 23 de marzo de 1956. Toracotomía izquierda con resección de 8ª costilla, sección del diafragma y liberación gástrica alta; el esófago se encuentra estrechado desde el diafragma al cardias; sección longitudinal total del esófago desde el cardias al diafragma en una extensión de 4 dedos y luego sutura en sentido transversal. (Fig. 3).

Postoperatorio. — La disfagia desaparece por completo y el enfer-

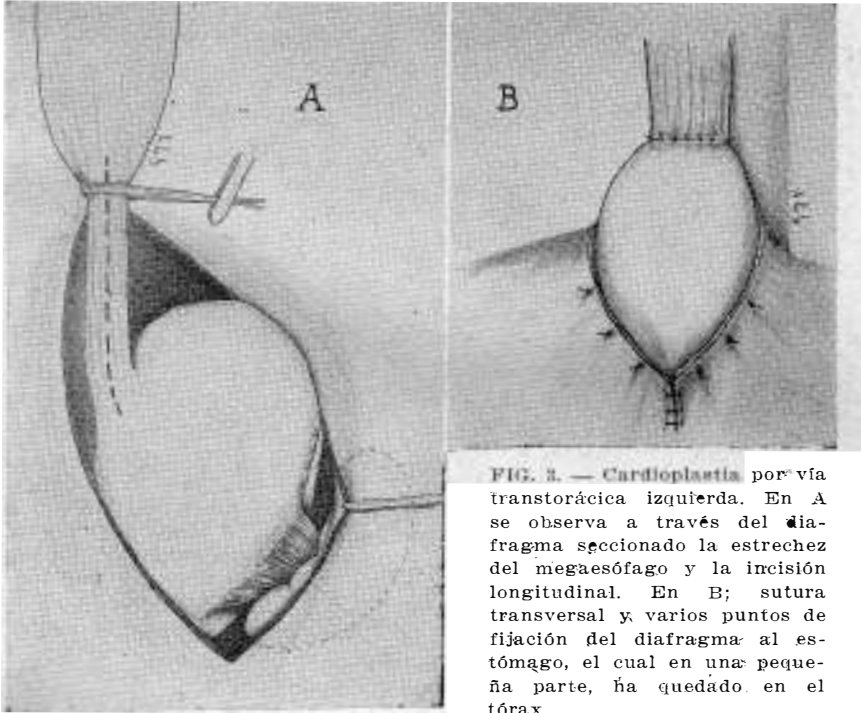


FIG. 3. — Cardioplastia por vía transtorácica izquierda. En A se observa a través del diafragma seccionado la estrechez del megaesófago y la incisión longitudinal. En B; sutura transversal y varios puntos de fijación del diafragma al estómago, el cual en una pequeña parte, ha quedado en el tórax.

mo evidencia una explosiva satisfacción al comprobar que puede ingerir toda clase de alimentos sin ninguna dificultad. Se recupera y aumenta de peso rápidamente hasta 58.900 kgs.

El estudio radiográfico (Fig. 4), muestra que la estrechez del megaesófago está suplantada por amplísimo pasaje esófago-gástrico. Alta

Visto varias veces después del alta, persiste el buen pasaje a los alimentos y el estado general es muy satisfactorio.

Resumiendo el caso clínico: se trata de un antiguo megaesófago tratado con dilataciones durante 20 años y gastrostomía hace 8 años, asociado a una úlcera gastroduodenal complicada de hemorragia y perforación tapada en hígado, que fue sometido a una primera intervención de gastrectomía parcial y miotomía cardiesofágica, curándose la úlcera

pero recidivando la disfagia, lo que obliga a llevar a cabo una segunda operación consistente en una cardioplastia por vía torácica izquierda que, clínica y radiológicamente, cura la disfagia.



FIG. 4. — Estudio radiológico después de la cardioplastia. La estrechez del megaesófago está ahora sustituida por un amplio pasaje esófago - gástrico.

CONSIDERACIONES

A continuación se exponen consideraciones quirúrgicas sobre el megaesófago asociado a úlcera gastroduodenal con fracaso de la operación de Heller y resultado satisfactorio con la cardioplastia, aspectos que no han sido tratados en esta Sociedad de Cirugía.

1) Concomitancia de megaesófago y úlcera gastroduodenal

Esta doble lesión no es frecuente y, cuando existe, la lesión ulcerosa pasa en general desapercibida porque la atención del clínico se dirige principalmente sobre el megaesófago.

El tratamiento operatorio de esta gran úlcera crónica fue muy dificultoso en el acto quirúrgico por su adherencia al pedículo hepático y fue necesario, para extirparla, recurrir a un conjunto de maniobras que el cirujano corriente no domina, como ser, la utilización simultánea del decolamiento retro-duodeno-pancreático, el abordaje del pedículo hepático de izquierda a derecha y el decolamiento submucoso del duodeno, dejando serosa y capa muscular contra el pedículo.

Frente a un megaesófago se debe descartar cuidadosamente la posible existencia de un ulcus gastroduodenal, para evitar su progresivo desarrollo en el curso de los años, determinando graves complicaciones clínicas y serias dificultades quirúrgicas.

2.) La indicación quirúrgica en el megaesófago

Fracaso de las dilataciones y toma del estado general constituyeron las indicaciones quirúrgicas. Pero además existía otra indiscutible: el ulcus gastroduodenal complicado con hemorragias y con exteriorización en víscera vecina.

3) Procedimientos quirúrgicos en el megaesófago

Cuando el tratamiento con las dilataciones fracasa se plantean varios procedimientos quirúrgicos.

a) El Mikulicz o dilatación manual del cardias por vía transgástrica (1904); b) La miotomía extramucosa, es decir, la sección longitudinal de la musculosa a nivel del esófago-cardias (operación de Heller, 1913); c) La operación de Wendell o cardioplastia total por sección de todas las capas del esófago-cardias en sentido longitudinal cierre en sentido transversal (1910); d) La operación de Heyrovsky o anastomosis esófago-gástrica típica (1913); e) Gröndahl, esófago-cardioplastia a la Finney (1916), y f) La operación de Wangensteen o esófago-gastrectomía parcial con píloro-plastia y vagotomía bilateral (1950).

Las dos operaciones consideradas actualmente más justificadas para el megaesófago son las cardioplastias y el Heller sobre todo. Es por esta razón que, además de practicar una gastrectomía por ulcus, tratamos el megaesófago en la misma sesión operatoria con un Heller por vía abdominal.

4) Fracaso de la operación de Heller

El fracaso de la miotomía extramucosa ha sido referido por numerosos cirujanos.

Wangensteen considera que una causa de los resultados insuficientes del Heller radica en que la miotomía no fue realizada lo suficientemente larga, debiendo alcanzar 8 a 12 cmts. de longitud. También el temor de abrir la mucosa lleva al cirujano a realizar una sección incompleta de las fibras musculares, empleándose para evitar esta falta un vidrio de aumento que favorece la visualización y corte de las más profundas fibras circulares en la pared esofágica.

5) Método de elección en un megaesófago con gastrectomía parcial anterior y fracaso del Heller

La gastrectomía y el Heller constituyen el tratamiento de elección en el caso que estudiamos y así lo cumplimos en la primera operación.

Ahora, frente al fracaso del Heller, planteamos la cardioplastia, a pesar de ser objeto de una crítica importante como lo es la esofagitis péptica post-operatoria observada en varios casos y que Wangenstein evita con su operación fisiológica. En nuestro caso la gastrectomía previa, al eliminar la zona generadora de ulcus, descartaba el peligro de la esofagitis péptica en la cardioplastia.

Por lo tanto, la cardioplastia es el procedimiento de elección en el megaesófago con asociación de ulcus gastroduodenal en el que ha fracasado el Heller y ya se ha practicado una gastrectomía subtotal.

RESUMEN

Con motivo del megaesófago asociado al ulcus gastroduodenal con fracaso de las dilataciones y de la operación de Heller, se analizan los problemas quirúrgicos de esta entidad.

Frente a un megaesófago se debe descartar la existencia de un posible ulcus gastroduodenal para evitar que su progresivo desarrollo determine graves complicaciones clínicas y serias dificultades quirúrgicas.

El diagnóstico de esta asociación lesional constituye una in-

dicación quirúrgica indiscutible e impone una gastrectomía parcial asociada a un Heller por vía abdominal.

En el caso de fracaso del Heller, está indicada la cardioplastia por vía torácica, ya que la gastrectomía previa, al eliminar la zona generadora de acidez, evita la esofagitis péptica. Así se cumplen, con menos riesgos, los enunciados de la operación fisiológica de Wangenstein.

SUMMARY

The surgical problems of megaesophagus associated with gastroduodenal ulcer, in which esophageal dilatations and Heller's operation have failed, are reviewed.

In the presence of a megaesophagus the possible existence of a gastroduodenal ulcer should be considered in order to avoid the severe clinical complications and surgical difficulties to which its progressive development would give rise.

Diagnosis of this association of conditions is an undoubted indication for surgery and implies a partial gastrectomy added to a Heller operation from an abdominal approach.

In the event of failure of the Heller operation, thoracic cardioplasty is indicated, as the previously performed gastrectomy, by eliminating the acid generating area, precludes peptic esophagitis. Thus are fulfilled, with less risk, the principles of the physiological operation favoured by Wangenstein.

HOMERO COSCO MONTALDO
Avda. Dr. Fco. Soca 1361
Montevideo - Uruguay