



**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SUSTITUTIVO
DEL ESÓFAGO – ESOFAGOPLASTIAS.
CENTRO MEDICO QUIRÚRGICO
BOLIVIANO BELGA
1987 – 2005**

Dr. Marco Antonio Bermúdez Vargas *

Tutor: Dr. Alejandro Sauma Romero **

***(Residente de cirugía de 3er. Año)**

**** (Jefe del Servicio de cirugía)**

COCHABAMBA – BOLIVIA

Indice

Resumen	3
Introducción	4
Justificación	5
Objetivos	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Marco teórico	6
Estenosis esofágicas benignas	6
Estenosis péptica	6
Estenosis cáustica	7
El megaesófago chagásico	8
Cáncer de esófago	9
Tratamiento sustitutivo del esófago	11
Metodología de estudio	14
Resultados	15
Discusión	17
Conclusiones	21
Referencias bibliográficas	22
Anexos	24

Resumen

Las esofagoplastías constituyen una buena alternativa tanto para procesos estenóticos benignos como para el cáncer de esófago, con una morbi-mortalidad baja y resultados muy satisfactorios.

Se hace la revisión de 30 historias de pacientes sometidos a este tratamiento, de mayo de 1978 a la fecha, se analizan los resultados en función a una táctica quirúrgica que sea la mejor.

La edad promedio fue de 34 años (2 a 80); 14 eran varones y 16 mujeres. La indicación fue estenosis cáustica en 20, estenosis péptica en 2, acalasia en 1, cáncer de esófago en 7. Se realizó como tratamiento previo dilatación en 17, dilatación y gastrostomía en 4, operación tipo Thoreck por perforación en 2. De las 30 esofagoplastías 24 fueron con colon, 5 con estómago y 1 con yeyuno; Se realizó plastía con colon largo en 20 pacientes por estenosis cáustica, 1 con acalasia y perforación y 1 con cáncer; En 2 pacientes con estenosis péptica se hizo con colon corto; Plastía con estómago en 5 pacientes con cáncer de esófago; Plastía con yeyuno en 1 paciente con cáncer de cardias. La esofagectomía fue realizada en 15 pacientes; Transhiatal en 1, toracotomía izquierda en 4 y toracotomía derecha en 10. La ruta fue mediastinal posterior en 13 pacientes y retroesternal en 17. La anastomosis superior fue intratorácica en 8 pacientes y cervical en 22. La posición de la plastía fue en todos isoperistáltica. Se realizaron procedimientos asociados en 7 pacientes. Las complicaciones inmediatas se presentaron en 7: 2 dehiscencia mínimas anastomóticas, 3 con lesión de nervio recurrente, 2 con estenosis esofágica moderada. Las complicaciones tardías se presentaron en 7: Estenosis leves en 5, y suboclusión intestinal en 2. Los resultados a corto plazo fueron buenos. A largo plazo, fueron buenos en 95 % y regulares en 5 %. El tiempo de seguimiento promedio fue de 5.7 años (0.1 a 27).

Palabras clave: Esofagoplastía, estenosis benignas de esófago, cáncer de esófago.

Introducción

El esófago es un órgano que puede ser afectado por lesiones estenosantes de diferente etiología, como estenosis benignas por cáusticos, pépticas, acalasia, y otras, o bien por lesiones malignas como ser cáncer, algunas de estas pueden ser tratadas en principio por métodos conservadores, pero en muchos casos requieren un tratamiento sustitutivo quirúrgico principalmente en las lesiones cáusticas extensas y en el cáncer.¹

Los reemplazos esofágicos se realizan desde que en 1884 Von Mickulics utilizó un tubo pediculado de piel para sustituir el esófago cervical. El año 1872 Bilroth describió la resección de una porción cervical de esófago. Posteriormente los trabajos de Wullsten (1904), Roux (1907) y Herzen (1908), describen técnicas de esofagoplastía con segmentos pediculados de yeyuno, que por el número elevado de fracasos, hizo que esta técnica se abandonara a favor de plastías con colon y estómago. Así las técnicas con plastías de estómago fueron descritas por Beck y Carrel el año 1905 y luego modificadas por Jianu (1912), siendo tomadas las ideas originales por Gabrilú y por Heimlich quienes en 1951 describen una técnica aplicada en la actualidad. La esofagoplastía con colon fue realizada en 1911 por Vuillet y Kelling y en 1914 por von Hacker, luego de un largo periodo fue nuevamente realizada por Roith en 1923 y a partir de 1951 es que se describen numerosos trabajos aconsejando su empleo principalmente Belsey con colon y Akiyama con estómago.^{1,2,4,5}

En Bolivia la primera cirugía de sustitución esofágica fue el año 1973, realizada por los Drs. Requena y Barrenechea. En el Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga, posteriormente el Dr. Sauma realiza este tipo de cirugías a partir de mayo de 1978.³

Este tipo de tratamiento ha constituido un verdadero reto para los cirujanos y ello se debe a algunos factores propios del esófago, como es su situación en lo profundo del mediastino

posterior, rodeado de nobles estructuras, su vascularización segmentaria, la debilidad de su pared muscular y carencia de cubierta serosa. Los avances obtenidos en anestesiología, en cuidados intensivos, la introducción de nuevos antibióticos y sobre todo las técnicas quirúrgicas depuradas, han logrado disminuir la morbilidad y la mortalidad.

Justificación

No existe en nuestro medio, series en el manejo de esta patología, y es importante establecer conductas e indicaciones de los diferentes tipos de esofagoplastías y las causas de las mismas y analizar datos sobre los resultados del tratamiento sustitutivo del esófago que dada la complejidad quirúrgica, nos permite mostrar nuevos avances en este tipo de tratamiento.

Objetivos

General :

Estudiar la táctica quirúrgica y las indicaciones de los casos en los que se realizó tratamiento quirúrgico sustitutivo de estenosis esofágica, en el Centro Medico Quirúrgico Boliviano Belga, desde mayo de 1978 hasta diciembre de 2005.

Específicos :

- a) Determinar la edad y prevalencia de sexo.
- b) Identificar la etiología y el tratamiento conservador.
- c) Determinar el tipo de esofagoplastía en relación con el diagnóstico.
- d) Analizar la técnica quirúrgica: ruta, anastomosis, posición y tratamiento asociado.
- e) Conocer las complicaciones tempranas y tardías, además de muerte hospitalaria.
- f) Analizar las tácticas quirúrgicas empleadas y determinar el resultado quirúrgico.