



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-140 - INTERPOSICIÓN DE INJERTO LIBRE DE YEYUNO (INTERVENCIÓN DE MERENDINO) COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ESOFÁGICA PÉPTICA BENIGNA

Restrepo Núñez, Rafael Mauricio; Torres Alfonso, José Ramón; Salcedo Cabañas, Gabriel; Vorwald, Peter; Posada González, María

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: La estenosis esofágica benigna puede producirse en el contexto de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), exposición a radioterapia o ingesta de sustancias corrosivas, entre otros. Más del 80-90% de las estenosis pueden tratarse exitosamente mediante dilatación endoscópica. En ocasiones precisan hasta 3-4 dilataciones endoscópicas, inyecciones intralesionales de esteroides y colocación de prótesis autoexpandibles recubiertas. Sin embargo, algunas estenosis pueden ser refractarias a estos tratamientos, obligando entonces a plantear la cirugía.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 84 años hipertenso, sin antecedentes de ERGE, que ingresa por síndrome constitucional y disfagia. Se realiza una endoscopia que aprecia una estenosis esofágica péptica a 31 cm con biopsias negativas para malignidad. Se le realizan 2 dilataciones con balón sin éxito. Posteriormente se coloca una endoprótesis recubierta que se retira a las 6 semanas con reaparición de la clínica de disfagia. Todo esto lleva a plantear la opción de tratamiento quirúrgico. Se programa la intervención para realizar una técnica de Merendino (interposición yeyunal esofagogástrica). Mediante abordaje abierto con una laparotomía media se realiza una frenotomía amplia y se libera el esófago hasta sobrepasar la estenosis. Antes de proceder a seccionar el esófago se realiza endoscopia intraoperatoria para asegurar que se extirpa por completo el segmento estenótico. La sección esofágica se realiza con GIA de carga radial morada. A continuación se selecciona el segmento de yeyuno que se va a utilizar para la interposición. Es fundamental seleccionar de forma adecuada el pedículo vascular del asa yeyunal, siendo de mucha utilidad la transiluminación a la hora de identificar las arcadas vasculares. El segmento yeyunal asciende transmesocólico siendo muy cuidadosos para evitar la torsión del pedículo. Se coloca en posición isoperistáltica y se anastomosa al esófago (anastomosis mecánica circular con sonda Orvil® de 25 mm, altura de grapas de 4,8 mm), y al estómago (anastomosis gastroyeyunal terminolateral manual). Debido a que se ha seccionado el esófago y los troncos vagales, se decide realizar una piloroplastia, pero como hallazgo incidental el paciente presenta un síndrome de Bouveret (obstrucción duodenal por cálculo biliar impactado) por lo que se decide realización de gastroenteroanastomosis latero-lateral mecánica antecólica. El tercer día postoperatorio presenta un hidroneumotórax izquierdo sin repercusión clínica importante. Se coloca drenaje torácico y el paciente evoluciona de forma favorable. Se reintroduce dieta oral y es dado de alta el decimosegundo día postoperatorio. A los 7 meses de seguimiento se encuentra estable y con buena

tolerancia vía oral.

Discusión: La estenosis esofágica benigna de origen péptico es una complicación rara desde la introducción de los inhibidores de la bomba de protones. Tratamientos como la dilatación endoscópica, infiltración local con esteroides, y la colocación de prótesis, mejoran la clínica de disfagia hasta un 95% de los pacientes. La cirugía se baraja como opción terapéutica en caso de fracaso de dichas medidas. El tratamiento quirúrgico ofrece resultados favorables aunque no está exenta de morbilidad.