

Desconexión esófago-gástrica con reconstrucción en "Y de Roux": una alternativa en el tratamiento de reflujo gastroesofágico recidivado.

M.A.Cavalaro, L.H.Pereira, J.M.Bustorff-Silva

Servicio de Cirugía Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de Campinas, Brasil.

Resumen

El reflujo gastroesofágico (RGE) recidivado es de difícil tratamiento. Se presenta un paciente con retardo del desarrollo neuro-psico-motor y estenosis péptica del esófago que no respondió a la funduplicatura y a sucesivas dilataciones endoscópicas. Fue realizada una desconexión esófago gástrica con resección de la porción estenótica del esófago y reconstrucción en Y de Roux. Se considera útil el procedimiento para pacientes neuropatas con RGE recidivado.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico - Estenosis esofágica - Funduplicatura - Desconexión esófago gástrica.

Summary

Recurrent gastro-esophageal reflux after fundoplication is a difficult surgical problem. We report a child with delay neuromotor development and peptic stenosis of the esophagus that did not respond to the fundoplication and successive endoscopic dilatations. The esophago-gastric junction was disconnected, the stenotic portion of the esophagus resected and reconstructed roux-en-y with the jejunum. This procedure can be of help in neurologic impaired children with recurrent gastro-esophageal reflux.

Index words: Gastro-esophageal reflux - Esophageal stenosis - Fundoplication - Gastro-esophageal disconnection

Resumo

O refluxo gastroesofágico (RGE) recidivado é de difícil tratamento. Apresenta-se um paciente com retarde de desenvolvimento neuro-piscicomotor e estenose péptica do esófago que não responderam a funduplicatura e a sucessivas dilatações endoscópicas. foi realizada uma desconexão esófago gástrica com ressecção da porção estenótica do esófago e reconstrução em Y de Roux. considera-se útil o procedimento para pacientes neuropatas com RGE recidivado.

Palavras chave: Refluxo gastroesofágico - Estenoses esofágica - Funduplicatura - Desconexão esófago gástrica.

Introducción

El tratamiento quirúrgico más común del RGE es la gastrofunduplicatura de Nissen y está indicado ante el fracaso del tratamiento médico.

La recidiva del RGE luego de una gastrofunduplicatura tipo Nissen puede ocurrir con una incidencia que varía del 5 al 15%. La reoperación está asociada con alta morbilidad y fracaso, significando un problema qui-

rúrgico muy complejo de solucionar^{1,2}. Varias técnicas quirúrgicas fueron propuestas para tratar esta condición, incluyendo variantes de las técnicas de Nissen³ y Belsey⁴, procedimientos de resección con interposición de segmentos intestinales largos o cortos, o supresión ácida más compleja, con desvío alcalino, relatado por Ellis y colaboradores⁵. Recientemente fue propuesta la desconexión esofagogástrica total como alternativa

del tratamiento del reflujo recurrente, especialmente en pacientes neurológicamente afectados⁴.

Se presenta un caso tratado con la técnica de desconexión esofagogástrica y reconstrucción en Y de Roux en la cual un segmento de yeyuno fue anastomosado al esófago distal y en el estómago, aislado del esófago, se efectuó una piloroplastia. Así, las secreciones gástricas son preservadas, aunque el estómago queda parcialmente desviado del tránsito intestinal. Esta técnica fue usada con éxito en un paciente con RGE complejo, asociado con alteración del tiempo de vaciamiento gástrico que había sido tratado quirúrgicamente sin éxito y que presentaba estenosis péptica del tercio distal del esófago, resistente a dilataciones endoscópicas periódicas.

Presentación del caso

Paciente de 8 años con anoxia del parto y parálisis cerebral al que desde los 2 años

se trató por presentar bajo desarrollo pondero-estatural y anemia grave. Con diagnóstico de RGE fue derivado al servicio a los 7 años, con desnutrición crónica (grado III de Gomes), la endoscopia digestiva alta (EDA), mostró esofagitis ulcerativa grave.

Se le colocó una sonda nasointestinal y fue medicado con omeprazol y cisapride. Se realizó un estudio de vaciamiento gástrico para líquidos, que estaba discretamente prolongado ($t_{1/2}$ de 17 min, $n=12 \pm 3$ min) y el esófago-gastro-duodenograma (EED) reveló una hernia hiatal, RGE acentuado y signos radiológicos sugestivos de esofagitis, con aspiración del contraste para el árbol bronquial (Fig. 1).

Tres semanas después se realizó una nueva EDA, y se efectuó dilatación esofágica hasta un calibre 39 de Eder -Puestow. Con nutrición enteral tuvo buena recuperación y se lo operó realizándole una hiatoplastia ampliada⁵, en la que se aumentó el segmento abdominal del esófago y una gastrofunduplicatura de Nissen con gastrostomía de Stamm.

Tres meses después una nueva EDA mostró una estenosis esofágica y se pasó un hilo guía desde la gastrostomía y se efectuaron dilataciones quincenales durante un año, sin resolución de la estenosis esofágica continente, con signos permanentes de esofagitis, a pesar de la funduplicatura.

Fue reoperado efectuándose la desconexión esófago-gástrica con resección de la porción estenótica del

esófago y la reconstrucción en "Y de Roux" (Fig. 2). La boca proximal del esófago fue anastomosada al segmento yeyunal con grameador circular N° 21. Se completó con piloroplastia a lo Heineke-Mikulicz y se mantuvo la gastrostomía. El paciente inició alimenta-

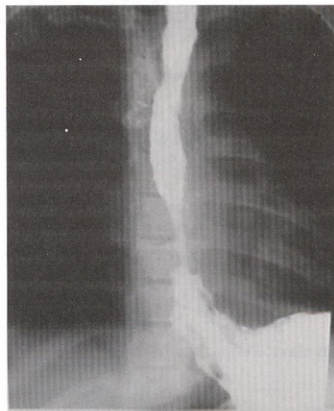


Fig. 1: seriado obtenida antes de la cirugía, donde se observa el segmento estenótico

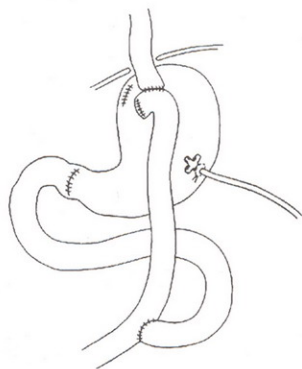


Fig.2: ilustración esquemática de la cirugía realizada (Modificado de Bianchi y cols., 1998)

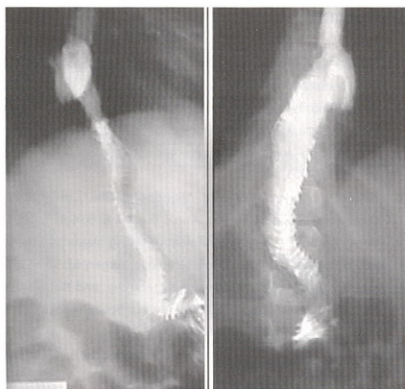


Fig.3: control radiológico contrastado obtenido después de la desconexión esófago-gástrica, con resección de la porción estenótica del esófago e interposición esófago-yeyunal en "Y de Roux". Se observa el resultado después de la ingestión oral de contraste baritado.

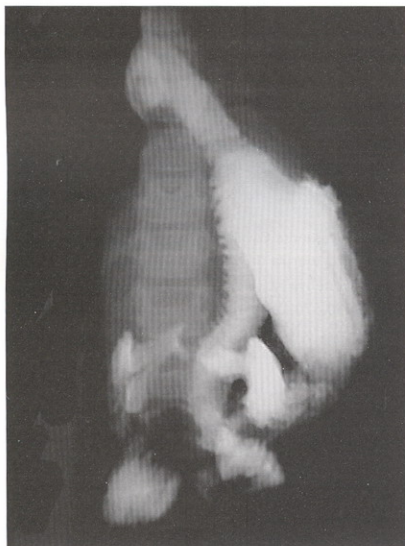


Fig.4: radiografía obtenida luego de la ingesta oral, por la inyección de contraste baritado por gastrostomía.

ción por la gastrostomía cinco días después de la cirugía. Al 7° día del postoperatorio se realizó un examen contrastado donde no se visualiza, fistula ni estenosis (Fig.3 y 4). Se inició alimentación oral al 8° día. Tres meses después de la cirugía el niño ganó peso y se alimentó por vía oral complementado por gastrostomía, también mejoró el humor y su estado general. *

Discusión

El RGE recidivado postoperatorio es un difícil problema terapéutico. Las reoperaciones son procedimientos de mayor riesgo.

También hay "stress" en el paciente y su familia, debido a la perspectiva de una nueva cirugía y al miedo de que "esta próxima" también fracase. Así el cirujano se ve presionado a realizar un procedimiento que realmente resuelva el problema de forma definitiva.

Una gran variedad de técnicas han sido propuestas con la intención de solucionar esta patología. Probablemente una nueva gastrofunduplicatura es la alternativa más utilizada, pero que presenta un índice significativo de fracaso (19-25%), con aumento de la morbilidad. Ellis y Gibb realizaron un estudio con 36 pacientes adultos sometidos a combinación de vagotomía, antrectomía y desvío del tránsito en "Y de Roux", observando una mejoría en el 85% de los pacientes, con 9 complicaciones graves. Recientemente Bianchi ⁶ propuso que en niños neurológicamente deficientes el RGE recurrente, podría ser tratado con desconexión esófago-gástrica y reconstrucción en "Y de Roux", anastomosis esófago-yeyunal y yeyunoyeyunostomía término lateral. Se recomendó este procedimiento como medida temporaria en pacientes "difíciles" y como procedimiento definitivo en niños cuya dependencia de la alimentación por gastrostomía fuera indefinidamente prolongada. Danielson también publicó su experiencia con buenos resultados en esta operación en 27 pacientes ⁸.

La sustitución del esófago distal con un segmento yeyunal o colónico ⁹ ha sido extensamente utilizada en el tratamiento de enfermedades malignas y estenosis refractarias, pero en el tratamiento del RGE complejo hay pocos casos relatados en la literatura pediátrica.

La mayoría de los niños que para tratamiento del RGE recidivado fueron sometidos a resección del cardias e interposición yeyunal, también recibieron una piloroplastia a lo Heineke-Milkulics, para mejorar el tiempo de vaciamiento gástrico o para corregir una

vagotomía inadvertida. En niños con atonia gástrica importante, no siempre la piloroplastia corrige el retardo de vaciamiento y además aumentaría el riesgo quirúrgico.

Algunas de las ventajas que resulta de este abordaje quirúrgico son:

1. Las secreciones gástricas pueden pasar libremente por el píloro, participando del proceso de digestión.

2. El bolo alimentario en el yeyuno proximal, permite una mezcla homogénea con los jugos pancreático y biliar.

3. La alimentación por gastrostomía puede indicarse sin restricciones.

4. En el caso que el paciente tolere toda la alimentación por vía oral, la gastrostomía puede ser cerrada sin otras intervenciones ya que el estómago continúa siendo parte del tránsito intestinal.

En niños con incapacidad neurológica muy marcada, la desconexión esofagogastrica con gastrostomía permanente es un procedimiento aceptable frente a las limitaciones del tratamiento previo.

La cirugía descrita en este caso cumplió todas las metas: corrección definitiva del RGE, tratamiento de la estenosis esofágica sin necesidad de dilataciones endoscópicas periódicas y mejoró la calidad de vida del paciente. Clínicamente el niño presentó mejoría de los síntomas así como de aumento ponderal. La alimentación oral fue iniciada al 7° día postoperatorio, luego de la realización del estudio radiológico contrastado.

A pesar que las cirugías complejas son raramente necesarias en el tratamiento del RGE recurrente, la cirugía aquí descrita ofrece una alternativa atrayente comparada con otros procedimientos más complejos, ofreciendo al paciente un mejor control de los síntomas y de su calidad de vida.

Bibliografía

1. Kimber C, Kiely EM, Spitz L: The failure rate of surgery for gastro-esophageal reflux. *J Pediatr Surg* 33(1):64-66, 1998.
2. Della Vecchia LK, Grosfeld JL, West KW, Rescorla FJ, Scherer LR 3rd, Engum AS: Reoperation after Nissen fundoplication in children with gastroesophageal reflux. *Ann Surg* 226(3):315-321, 1997.
3. Nissen R: Gastropexy and "Fundoplication" in surgical treatment of hiatus hernia. *Ann J Dig Dis* 6: 954-961, 1961.
4. Belsey RHR, Baue AE: The treatment of sliding hiatus hernia and reflux esophagitis by de Mark IV technique. *Surgery* 62: 396, 1967.
5. Ellis FH Jr, Gibb SP: Vagotomy, antrectomy, and Roux-em-Y diversion for complex reoperative gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg* 220(4): 536-543, 1994.
6. Bianchi A: Total esophagogastric disconnection. *J Pediatr Surg* 32:1291-1294, 1997.
7. Bustorff-Silva JM, Aloisi AS: Extended hiatoplasty - a simple maneuver to lengthen the intraabdominal esophagus during abdominal fundoplication. *Eur J Ped Surg* 8(5): 304-307, 1998.
8. Danielson PD, Emmens RW: Esophagogastric Disconnection for Gastroesophageal Reflux in Children with Severe Neurological Impairment. *J Pediatr Surg* 34(1): 84-87 1999.
9. Merendino KA, Dillard DH: The concept of sphincter substitution by an interposed jejunal segment for anatomic and physiologic abnormalities at the esophagitis, cardio-spasm, and esophageal varices. *Ann Surg* 142: 486 1995.

Trabajo presentado en el 20 Congreso Brasileiro de Cirurgia Pediátrica, Octubre de 1999, Recife, Brasil.

Marcia Alessandra Cavalaro
Rua Pedro Vierira da Silva, 64 Apto 53 C
Jd Sta Genebra
CEP 13080-570 Campinas -SP
Brasil