

Transposición de colon secundario a esofagogastrectomía por ingesta de cáusticos

Colon transposition secondary to esophagogastrectomy due to caustic ingestion

Jesús Barraza-Valenzuela^{3*}, Ana A. Rosales-Solís¹, Júan J. A. Aranda-Bárceñas²,
Jesús Hinojosa-Aguirre³, José L. Lemus-Gómez³ y José A. Gameros Martínez³

¹Endoscopia, Centro Médico Toluca ISSEMYM "Lic. Arturo Montiel"; Toluca, Edo. Méx.; ²Cirugía General, Hospital General de Zona #14 IMSS, Hermosillo, Son.; ³Endoscopia Gastrointestinal, Centro Médico Toluca ISSEMYM "Lic. Arturo Montiel" Toluca, Edo. Méx. México

Introducción

La ingesta de cáusticos causa una inflamación aguda del esófago. Dependiendo de la cantidad ingerida, la intensidad de la inflamación varía en severidad. En el peor de los casos, existe una necrosis por licuefacción que a veces conduce a múltiples perforaciones esofágicas¹. Si es necesario, se realizó una esofagectomía a través de la ruta transhiatal². La coloplastia retroesternal se considera un sustituto esofágico que funciona bien y es duradero, secundario a ingesta de cáusticos además de ser el estándar de oro^{3,4}.

Objetivo

Presentación de un procedimiento poco frecuente en la actualidad de transposición de colon transversal por esofagogastrectomía secundaria a sangrado de tubo digestivo alto por ingesta de cáusticos. Se plantea la resolución quirúrgica con base a diagnóstico endoscópico.

Caso clínico

Paciente femenino de 29 años de edad, con antecedente de ingesta de ácido clorhídrico 12 horas previas a su ingreso a unidad de cuidados intensivos. 24 horas

posteriores al ingreso inicia con sangrado de tubo digestivo alto con descenso de hemoglobina hasta 6mg/dL, se transfunden 6 paquetes globulares sin lograr metas de corrección de choque, se realiza endoscopia la cual reporta edema importante de esófago y necrosis de mucosa gástrica, clasificando como Zargar IIIa y IIIb en esófago y estómago respectivamente, por lo que se realiza tomografía, la cual en base a clasificación de Ryu grado 3 (necrosis gástrica), se realiza laparotomía exploradora con evidencia de segmentos de necrosis transmural en fondo, cuerpo y antro de estómago, se decide realizar gastrectomía mas esofagectomía transhiatal y esofagostoma cervical, y yeyunostomía para alimentación. Posterior a 2 semanas de hospitalización se decide egreso por mejoría. 6 semanas después, se hospitaliza para nutrición enteral y parenteral, así como valoración por psiquiatría.

Se realiza sustitución esofágica mediante transposición de colon transversal por abordaje retroesternal, sin complicaciones transquirúrgicas. En su postoperatorio en unidad de cuidados intensivos, cursa con tromboembolia pulmonar segmentaria confirmado por angio-TAC, cursa con fístula esofágica la cual se maneja de forma conservadora (Con resolución en la 5ta semana). Se decide por mejoría clínica su egreso a los

Correspondencia:

*Jesús Barraza-Valenzuela

E-mail: doctorjesusbarraza@gmail.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 31-07-2020

Fecha de aceptación: 14-08-2020

DOI: 10.24875/END.M20000266

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):406-406

www.endoscopia-ameg.com

14vo día. En el seguimiento por consulta externa, por estudio especial con adecuado pase de material de contraste a yeyuno sin evidencia de fuga, fístula o estenosis.

Conclusiones

Se recomienda hacer en las primeras 12 a 48 horas de la ingesta, aunque puede hacerse con seguridad hasta 96 horas después de la exposición inicial, cuando los tejidos conservan aun su resistencia natural. La necrosis transmural es la indicación de resección quirúrgica de urgencia, hallazgo descrito en este caso. Es el mejor método para establecer la gravedad-conducta y extensión del daño por cáusticos en el aparato digestivo proximal. La clasificación de tomográfica de Ryu para ingesta de cáusticos ha demostrado ser superior que la endoscopia en predicción de complicaciones. La

transposición de colon es la reconstrucción más aceptada. Se ha reportado que las complicaciones a largo plazo más frecuentes son la estenosis, reflujo⁴.

Diagnóstico oportuno y tratamiento de tales complicaciones y la necesidad de a vigilancia psicológica continua justifica la necesidad de un seguimiento a largo plazo en estos pacientes⁵.

Bibliografía

1. Ndubueze Ezemba et al. Colon Interposition Graft for Corrosive Esophageal Stricture: Midterm Functional Outcome. *World J Surg* April 2014
2. Amit Javed et al. Surgical management and outcomes of severe gastrointestinal injuries due to corrosive ingestion. *World J Gastrointest Surg* 2012 May 27; 4(5): 121-125
3. Heinrich Furst et al. Colon interposition for esophageal replacement. An alternative technique based on the use of the right colon. *Annals of surgery* February 2000 Vol. 231, No. 2, 173-178
4. Mircea Chirica et al Late Morbidity After Colon Interposition for Corrosive Esophageal Injury *Ann Surg* 2010;252: 271-280
5. M. Chirica et al. Colonic interposition for esophageal replacement after caustic ingestion. *Journal de chirurgie*(2009) 146, 240-249