

Resolución endoscópica, de estenosis anastomótica y pilórica en ascenso gástrico: presentación de caso

Endoscopic resolution of gastric ascent anastomotic and pyloric stenosis: case presentation

José L. Lemus-Gómez*, Ana A. Rosales-Solís, Jesús Hinojosa-Aguirre, Jesús Barraza Valenzuela y José A. Gameros-Martínez

Servicio de endoscopia gastrointestinal, Centro Médico ISSEMyM Toluca, Edo. Méx. México

Introducción

La disfagia después de la esofagectomía con anastomosis esófago-gástrica cervical, es frecuente, y suele atribuirse a la estenosis anastomótica,¹ la cual es una fuente importante de morbilidad y puede drásticamente deteriorar la calidad de vida³; pese a ello la prevalencia, los factores de riesgo, gravedad sintomática y endoscópica así como la respuesta a las dilataciones de dichas estenosis, son pobremente definidas¹.

Se producen estenosis anastomóticas gastroesofágicas benignas en 5% a 46% de los pacientes después de la resección del esófago para el cáncer de esófago². Los síntomas suelen presentarse entre los 2-3 meses posteriores a ascenso gástrico¹.

Complicaciones postoperatorias, como fugas anastomóticas, formación de fistulas e isquemia del tubo gástrico proximal, contribuyen a anastomótica formación de estenosis³.

Cualquier forma de estrechamiento anastomótico determinado por el esofagrama de bario o la esofagoscopia se han utilizado para describir estenosis anastomótica. La asociación de disfagia y la incapacidad para pasar un endoscopio de fibra óptica flexible estándar se tiene propuesto como definición de estenosis anastomótica complicada⁴.

Diversas técnicas endoscópicas de dilatación se han informado para el tratamiento de estas estenosis, pero no se ha demostrado que ningún método sea superior³. Pueden ser tratadas de manera segura y efectiva con un globo graduado o dilatadores sobre una técnica de alambre guía¹.

La tasa de éxito de la terapia de dilatación con bujías de Savary, globos y olivas de Eder-Puestow del 70% al 90%.⁵ La terapia de dilatación a menudo debe repetirse para lograr una capacidad sostenida para pasar alimentos sólidos³.

Objetivo

Reportar el resultado de tratamiento endoscópico de la dilatación de una estenosis anastomótica esófago-gástrica, así como dilatación de estenosis pilórica que se presentaron como complicación a mediano plazo de un ascenso gástrico, el cual se realizó posterior a una quemadura esofágica de cáusticos.

Cuadro clínico

Paciente masculino de 19 años, cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: Esquizofrenia,

Correspondencia:

*José L. Lemus-Gómez
E-mail: lemusluis89@gmail.com

Fecha de recepción: 31-07-2020
Fecha de aceptación: 14-08-2020
DOI: 10.24875/END.M20000268

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):411-413
www.endoscopia-ameg.com

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

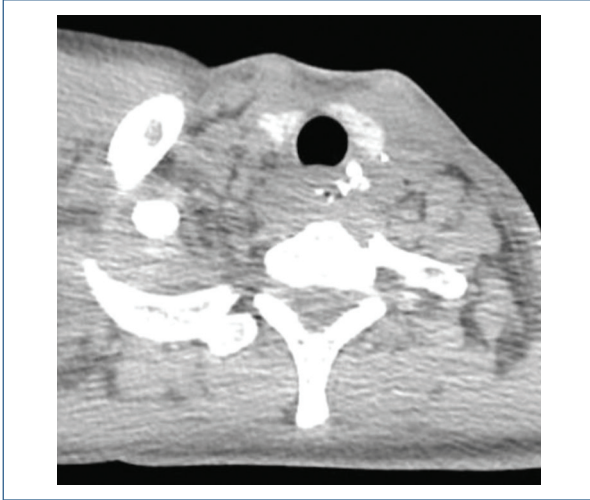


Imagen 1. Se muestra corte axial de TAC a nivel cervical, la anastomosis mecánica esófago-gástrica, con columna de aire filiforme, marcando la probable estenosis.

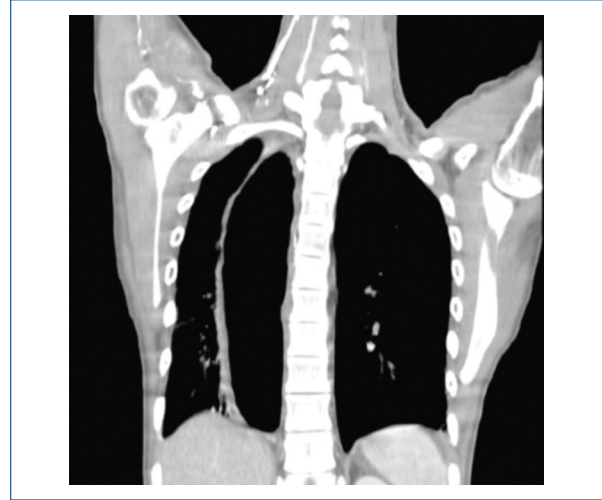


Imagen 3. Se muestra reconstrucción coronal de TAC a nivel torácico, donde se observa dilatación importante de estómago intratorácico.

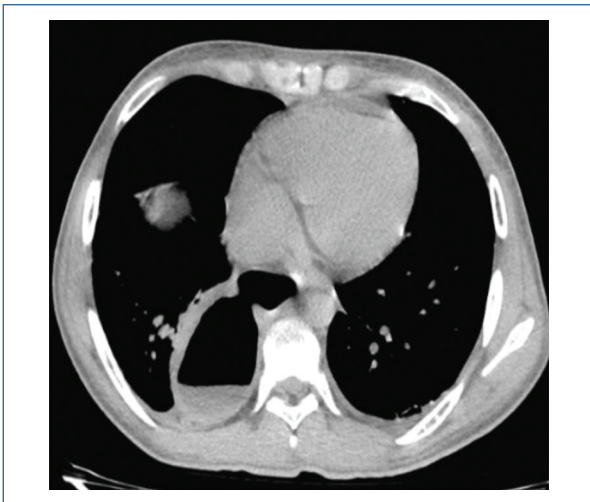


Imagen 2. Se muestra corte axial de TAC a nivel torácico, donde se observa estenosis a nivel de píloro, el cual se localiza intratorácico.



Imagen 4. Se muestra reconstrucción sagital de TAC a nivel torácico, donde se observa estenosis de esófago a nivel torácico, justo arriba de cúpula diafragmática.

Quemadura esofágica por cáusticos (álcalis) 2018, Colecistitis crónica litiásica. Quirúrgicos: Colocación de sonda de yeyunostomía 13.02.2019. Esofagectomía, Ascenso gástrico con esófago-gastro anastomosis latero-lateral mecánica 26.09.2019. Fístula esófago-cutánea resuelta.

Padecimiento actual: Tres meses posteriores a la cirugía por ascenso gástrico y resolución de fístula esófago-gástrica, refiere presentar disfagia a sólidos, que aumento progresivamente, así como presentar clínica de cólico vesicular por lo que inicia protocolo de estudio. Se realizó TAC de cuello, tórax y abdomen (Imagen 1-4).

Se programa para realizar endoscopia diagnóstica, donde se observa estenosis posquirúrgica a 20 cm de la arcada dental superior, del 90% de la luz esofágica a nivel de la línea de grapas en anastomosis (Imagen 5).

Se realizó dilatación con bujías de Savary-Guiliard 11-12-14 mm, posterior a lo cual se introduce endoscopio encontrando desgarro longitudinal por dilatación (Imagen 6), sin presentar sangrado importante, la estenosis fue franqueable al paso de endoscopio, permitiendo el paso de forma adecuada al estómago. No se presentaron complicaciones mayores.

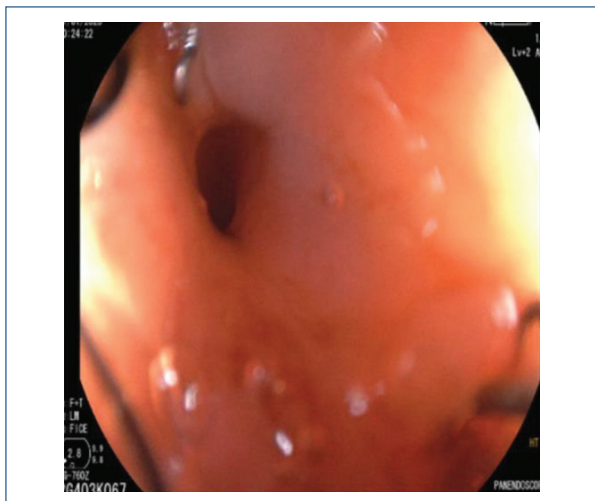


Imagen 5. Estenosis del 90% de la luz a nivel de la anastomosis esófago-gástrica, donde se observa línea de grapas.

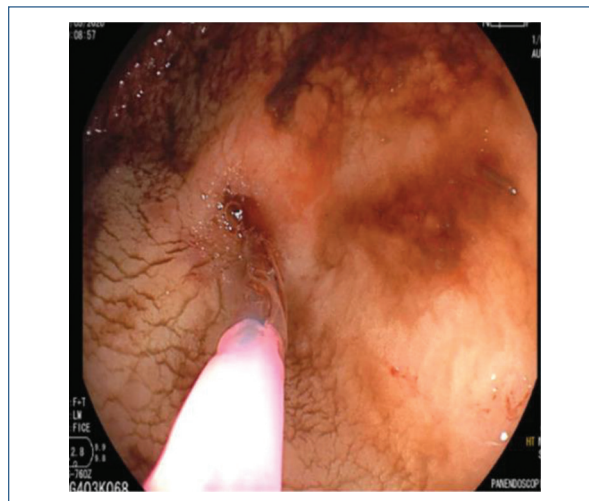


Imagen 7. Estenosis pilórica con resistencia al paso del endoscopio.

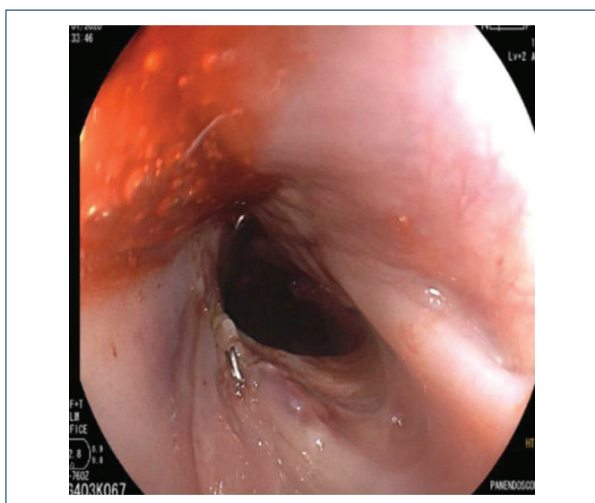


Imagen 6. Desgarro longitudinal posterior a la dilatación, sin sangrado abundante, que ameritara tratamiento endoscópico.



Imagen 8. Dilatación de píloro con balón hidroneumático.

Se citó para nueva dilatación en tres semanas, sin embargo, se exacerbó cuadro de cólico vesicular, por lo que su servicio tratante decide programar para colecistectomía laparoscópica, durante el mismo tiempo anestésico se nos solicitó endoscopia transquirúrgica.

Como hallazgos estenosis postquirúrgica en la anastomosis esofágica, franqueable al paso del endoscopio así como estenosis pilórica con resistencia al paso del endoscopio (Imagen 7), por lo que se realizó dilatación con balón hidroneumático hasta 15 ATM, en tres ocasiones (Imagen 8).

Conclusiones

La estenosis anastomótica es una complicación frecuente posterior a un ascenso gástrico, sin embargo difícil de predecir.

Existen diversos factores de riesgos que aumentan la probabilidad de estenosis, en nuestro caso, el paciente presentó una fístula esófago-cutánea, la cual cerro de manera espontánea con manejo conservador; esta fístula puede ser uno de los factores que condiciona la estenosis a nivel de la anastomosis. Al realizar la endoscopia diagnóstica por la sospecha de estenosis anastomótica, se hizo primera sesión de dilatación

con bujías de Savary, logrando objetivo, con paso del endoscopio posterior a la dilatación, sin presentar complicaciones y con mejoría de disfagia posteriormente.

Por otra parte, la técnica quirúrgica es también un factor para tomar en cuenta. En nuestro paciente, se reportó que no se realizó pilorotomía durante el ascenso gástrico; se podría deducir que esta situación, condicionó estenosis a nivel del píloro, el cual además se encontraba superior al nivel del diafragma. Durante la colecistectomía laparoscópica, fue inaccesible la porción intratorácica del ascenso gástrico, para realizar la pilorotomía, siendo una opción la dilatación endoscópica con balón, la cual se realizó con éxito.

Es probable la necesidad de nuevas sesiones de dilatación. L. Hordijk et al. refiere que el número medio de sesiones de dilatación puede variar de 2 a 9 por paciente, y hasta el 39% de los pacientes con

postoperatorio la estenosis anastomótica requiere más de 3 dilataciones sesiones para lograr resultados adecuados.³ Por lo que se daremos seguimiento ya que solo se ha realizado dos sesiones de dilatación a nivel de la anastomosis y una a nivel del píloro.

Bibliografía

1. V. A. Williams Æ T. J. Watson, et al. Endoscopic and symptomatic assessment of anastomotic strictures following esophagectomy and cervical esophagogastrostomy. *Surg Endosc* (2008) 22:1470–1476.
2. Honkoop P, Siersema PD, Tilanus HW, et al. Benign anastomotic strictures after transhiatal esophagectomy and cervical esophagostomy: risk factors and management. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996;11: 1141-8.
3. Marjan L. Hordijk, MD, Jeanin E. van Hooff, et al. A randomized comparison of electrocautery incision with Savary bougienage for relief of anastomotic gastroesophageal strictures. Volume 70, No. 5 : 2009 *J Gastrointestinal Endoscopy* 849.
4. Thomas W. Rice, MD. Anastomotic Stricture Complicating Esophagectomy. *Thorac Surg Clin* 16 (2006) 63 – 73.
5. Pereira-Lima JC, Ramires RP, Zamin I, et al. Endoscopic dilation of benign esophageal strictures: report on 1043 procedures. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1497-501