

Prótesis metálica de aposición luminal para el tratamiento de una estenosis digestiva posquirúrgica refractaria

Jesús M. Maríñez-Rentería*, Enrique Murcio-Pérez, Óscar V. Hernández-Mondragón,
Omar M. Solórzano-Pineda y Claudia Martínez-Camacho

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Resumen

Las estenosis digestivas posquirúrgicas refractarias son un desafío al tratamiento endoscópico. El uso de stents metálicos autoexpandibles esofágicos cubiertos representan una alternativa en caso de refractariedad. Sin embargo, una limitación técnica es que requieren un espacio mayor a 2 cm del cricofaríngeo para ser colocadas. Se presenta el caso de una mujer con una estenosis posquirúrgica de un ascenso colónico, inmediata al cricofaríngeo, tratada con una prótesis metálica de aposición luminal.

Palabras clave: Estenosis esofágica. Estrechez esofágica. Stents metálicos autoexpandibles. Stents.

Lumen-apposing metal stent for the treatment of refractory post-surgical digestive stenosis

Abstract

Refractory post-surgical gastrointestinal strictures are a challenge to endoscopic treatment. The use of covered esophageal self-expanding metal stents represents an alternative in case of refractoriness. However, a technical limitation is that they require a space greater than 2 cm from the cricopharyngeal to be placed. We present the case of a woman with a post-surgical stricture of a colonic ascent, immediately adjacent to the cricopharyngeal, treated with a luminal apposition metal stent.

Keywords: Esophageal stenosis. Esophageal stricture. Self expandable metallic stents. Stents.

*Correspondencia:

Jesús M. Maríñez-Rentería

E-mail: jesus.marinezr@gmail.com

Fecha de recepción: 30-09-2024

Fecha de aceptación: 12-12-2024

DOI: 10.24875/END.24000018

Disponible en internet: 16-07-2025

Endoscopia. 2025;37(2):51-53

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2024. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Introducción

Las estenosis digestivas posquirúrgicas (EDPQ) son un desafío médico. Se ha reportado una tasa de recurrencia y refractariedad del 30 al 40% al tratamiento endoscópico convencional¹. El uso de *stents* metálicos autoexpandibles (SEMS) representa una alternativa en caso de refractariedad. Las prótesis metálica de aposición luminal (LAMS) son un tipo de SEMS cuyos extremos tienen una longitud de 5 mm, lo que permite que puedan ser colocadas en espacios reducidos como serían aquellos cercanos al cricofaríngeo². Además, su diseño con reborde proximal y distal 60% mayor al diámetro luminal del *stent* disminuyen el riesgo de migración³. Se presenta el caso de una mujer con una EDPQ secundaria a un ascenso colónico refractaria al tratamiento endoscópico convencional tratada de forma exitosa con una LAMS.

Caso clínico

Mujer de cuarta década de vida, quien 14 años antes presenta lesión esofágica inducida por cáusticos. Debido a refractariedad a dilatación endoscópica, se le realiza trasposición colónica cuatro años después. Desde hace cuatro años desarrolla intolerancia a sólidos y episodios de impactación alimentaria en el esófago superior e hipofaringe, requiriendo maniobras mecánicas y cursando con pérdida de peso, por lo que se envía para protocolo de dilatación endoscópica.

Durante la valoración endoscópica inicial, se identificó una EDPQ de la anastomosis esófago-colónica inmediata al cricofaríngeo con un diámetro inicial de 2 mm (Fig. 1). Bajo asistencia fluoroscópica, se realizan cuatro sesiones de dilatación endoscópica con balón hidroestático de 12-15 mm (CRE, Boston Scientific), con intervalos de dos semanas, sin lograr alcanzar un diámetro de 14 mm (máximo 13.5 mm) persistiendo la disfagia a sólidos, por lo que se consideró refractaria. Debido a la mínima distancia entre el cricofaríngeo y la anastomosis, se propone la colocación de LAMS para el tratamiento de la EDPQ.

Se utilizó una LAMS (Hot Axios, Boston Scientific) de 15 mm de diámetro bajo visión endoscópica con ayuda de ecoendoscopio lineal (Fujifilm EG-580UT) con canal de trabajo 3.8 mm de la siguiente manera: se introdujo ecoendoscopio a hipofaringe y bajo visión endoscópica se avanzó guía biliar 0.035" (Jagwire, Boston Scientific) a través del orificio proximal del catéter de la LAMS verificando fluoroscópicamente adecuado avance distal de la guía al ascenso colónico.

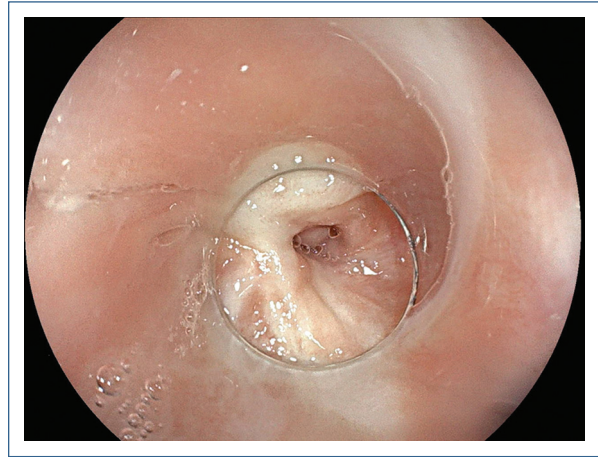


Figura 1. Estenosis de esófago-colo-anastomosis posquirúrgica en esófago cervical.

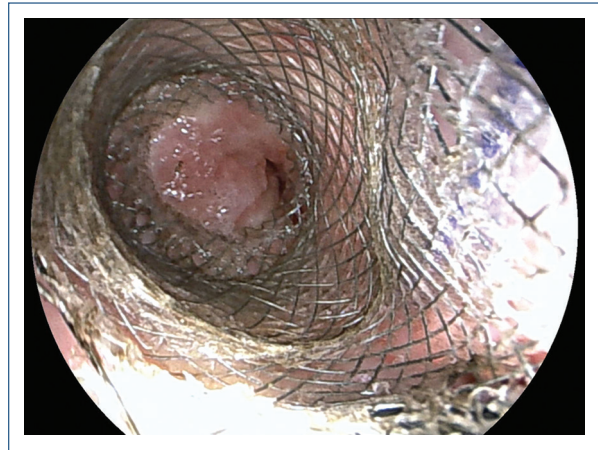


Figura 2. Prótesis metálica de aposición luminal en estenosis cercana a cricofaríngeo.

Se realizó liberación de LAMS de 15 mm bajo visión endoscópica logrando adecuada paliación de la estenosis retirando ecoendoscopio. Se introdujo gastroscopio de 9.6 mm (Fujifilm EG-760R) dilatando la LAMS a 15 mm con balón hidroestático (CRE, Boston Scientific) permitiendo avance de gastroscopio apreciando mucosa colónica normal distal a la estenosis. La paciente cursó con dolor posprocedimiento el cual fue manejando con tramadol gotas (25 mg cada 6 horas) teniendo adecuada tolerancia a la dieta sólida. El LAMS fue retirado 6 semanas después sin eventualidades con adecuada remodelación de la anastomosis con paso libre del gastroscopio, tras lo cual fue retirado (Fig. 2). En el seguimiento a 8 semanas tras la retirada de la LAMS la paciente continua sin disfagia,

siendo evaluada con el puntaje EAT-10, presentando un descenso de 17 puntos previo al procedimiento a 3 puntos luego de su retiro, con incremento de 6 kg y sin necesidad de nueva dilatación endoscópica.

Discusión

El uso de LAMS es una alternativa efectiva y segura en el manejo de las EDPQ refractarias. Los metaanálisis sobre el uso de LAMS en estenosis gastrointestinales benignas indican un alto porcentaje de éxito técnico, cercano al 99%^{4,5}. Sin embargo, el éxito clínico a largo plazo es menos consistente, disminuyendo del 93.9% a corto plazo al 73% a largo plazo^{4,5}. Esto sugiere que, aunque la LAMS proporciona alivio inicial significativo, su eficacia a largo plazo varía y requiere seguimiento prolongado. Sin embargo, permiten al paciente periodos prolongados sin disfagia y sin necesidad de dilataciones endoscópicas como en el caso presentado.

La seguridad de los LAMS también presenta variaciones. Un metaanálisis reporta una incidencia de efectos adversos del 13.5%⁴, mientras que otro indica un 30.6%⁵. Las complicaciones más comunes son la migración del *stent*, presente en el 10.6-10.9% de los casos revisados⁴, y una significativa necesidad de reintervención, alcanzando una tasa del 26%⁶. Esto subraya la importancia del monitoreo cercano de los pacientes que reciben LAMS.

No existen estudios que comparen directamente LAMS contra SEMS esofágicos cubiertos tradicionales. Sin embargo, en algunas estenosis las LAMS presentan la ventaja al ser más cortas y de copa más ancha. La comparación entre LAMS y los SEMS tradicionales esofágicos muestra que ambos presentan desafíos similares en cuanto a reintervenciones necesarias. Aunque los LAMS muestran un éxito clínico temprano significativo, la tasa de reintervención es comparable a la de los SEMS².

No obstante, los LAMS podrían ser una opción viable y tolerable a largo plazo para ciertos pacientes como en aquellos que presentan una estenosis con una distancia menor a 2 cm del cricofaríngeo donde la colocación de un SEMS esofágico sería técnicamente imposible.

En conclusión, la LAMS es una alternativa efectiva para el manejo de estenosis posquirúrgicas refractarias con espacio anatómico reducido.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Fugazza A, Repici A. Endoscopic management of refractory benign esophageal strictures. *Dysphagia*. 2021;36(3):504-16.
2. Larson B, Adler DG. Lumen-apposing metal stents for gastrointestinal luminal strictures: current use and future directions. *Ann Gastroenterol*. 2019;32(2):141-6.
3. D'Souza LS. Lumen-apposing metal stents in benign gastrointestinal luminal strictures. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19(7):1337-40.
4. Giri S, Vaidya A, Kale A, Jearth V, Sundaram S. Efficacy of lumen-apposing metal stents for the management of benign gastrointestinal stricture: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gastroenterol*. 2023;36(5):524-32.
5. Tan S, Zhong C, Huang S, Luo X, Xu J, Fu X, et al. Clinical outcomes of lumen-apposing metal stent in the management of benign gastrointestinal strictures: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Gastroenterol*. 2019;54(7):811-21.
6. Mahmoud T, Beran A, Bazerbachi F, Matar R, Jaruvongvanich V, Razzak FA, et al. Lumen-apposing metal stents for the treatment of benign gastrointestinal tract strictures: a single-center experience and proposed treatment algorithm. *Surg Endosc*. 2023;37(3):2133-42.