



Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza"

11209 103

2 ej.

**ESTENOSIS ESOFÁGICA:
TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A:
JOSÉ ROMÁN YAÑEZ CANO

26464



ASESOR : DR. JESUS ARENAS OSUNA

México, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

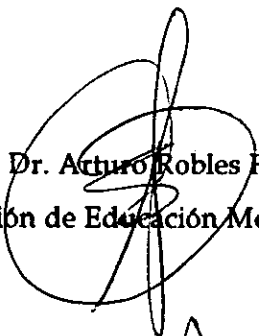
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTENOSIS ESOFÁGICA:
TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO**

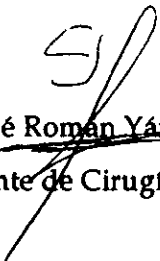
Registro de protocolo número: 9 8 0 3 3 7



Dr. Arturo Robles Páramo
Jefe de División de Educación Médica e Investigación



Dr. José Fenig Rodríguez
Jefe de servicios de Cirugía General



Dr. José Román Yáñez-Cano
Residente de Cirugía General



hospital de especialidades

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

**ESTENOSIS ESOFÁGICA:
TRATAMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO**

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	5
MATERIAL Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	11
CONCLUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍA	15
GRÁFICAS	17

RESUMEN

ESTENOSIS ESOFÁGICA: TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO

El tratamiento de elección de la estenosis esofágica secundaria a reflujo gastroesofágico, por agentes corrosivos y otros, es la dilatación endoscópica, sólo un porcentaje (25%) requiere de cirugía.

Objetivo. El propósito del estudio fue identificar los factores pronósticos clínicos y endoscópicos en los pacientes que necesitaron tratamiento quirúrgico.

Material y métodos. Fue un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron a los pacientes que se les había realizado cirugía por estenosis esofágica en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza con o sin dilatación previa de marzo de 1994 a febrero de 1998. El análisis estadístico se realizó usando el programa epi-info 6.

Resultados. Incluimos 31 pacientes, las causa de estenosis fue por reflujo gastroesofágico en 17(55%) y por ingesta de cáusticos 14(45%).

Pacientes con estenosis por cáusticos fueron 10(32%) mujeres y 4(12%) hombres, el promedio de edad fué de 36 años. La disfagia se presentó en todos y la pérdida de peso en 10 (32%). La endoscopia inicial reveló esófago corto en 8(25%) y en 10(32%) estenosis múltiple.

El grupo con estenosis péptica fueron 11(35%) hombres y 6(35%) mujeres, el promedio de edad 48 años. En este grupo 8(25%) fueron

tratados previamente con dilataciones durante 1 año sin mejoría, por lo que requirieron de tratamiento quirúrgico. Las características presentadas por estos pacientes fueron esófago corto en 8(25%), el reflujo lo presentaban todos, pero endoscópicamente solo 3.

Conclusiones. Los pacientes con estenosis por cáusticos que presentaron disfagia y disminución de peso necesitan cirugía, porque la estenosis es múltiple y presentan esófago corto esto, estas características son difíciles para la rehabilitación esofágica.

Todos los pacientes con estenosis péptica que recibieron dilataciones presentaron esófago corto por lo que necesitan de cirugía.

Todos los pacientes en programa de dilatación necesitan manejo con omeprazol.

Probablemente un porcentaje de los pacientes que presentan reflujo no necesitan cirugía.

Palabras clave: Esófago, estenosis esofágica benigna, rehabilitación esofágica.

SUMMARY

BENIGN ESOPHAGEAL STRICTURES: MEDICAL OR SURGICAL TREATMENT.

First line of therapy of esophageal strictures secondary of gastroesophageal reflux disease, corrosive ingestion and others is the endoscopic dilation, only a proportion (25%) require surgical treatment.

Objetive.The aim of this estudy were identifiqued the clinical and endoscopic factors impacting in the patients how needed surgical treatment.

Materials and methods. This study was restrospective, descriptive and transverse. The patients who have realized surgery for esophageal strictures in Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza were included with or without previus dilations of march 1994 to february 1998. The statical analysis was done using the program epi-info 6.

Results. We comprised 31 patients. The causes of stricture in these patients were gastroesophageal reflux disease 17 (55%) and corrosive ingestion 14(45%). Patients with corrosive stricture were 10 (32%) females and 4(12%) males, their average age was 36 years.

Dysphagia was present in all patients and weight loss was in 10(32%). The initial endoscopy revelad shorth esophagus in 8 (22%) and 10(32%) with strictures multiple.

Peptic stricture group was 11(35%) males and 6(19%) females, their average was 48 years. In this group 8(25%) patients were treated with dilations during one year but finally these required surgery. The characteristics who presented these patients were shorter esophagus 8(25%). The heartburn was presented in all cases but endoscopic finding only 3 patients presented gastroesophageal reflux.

Conclusions. Patients with corrosive stricture who present dysphagia and weight loss need surgery because the stricture is multiple and present short esophagus, this characteristic are difficult to esophageal rehabilitation.

In the peptic strictures group all patients with previous dilation presented short esophagus, for this need surgery.

All patients in dilation program need acid suppression medication with omeprazole.

Probably a proportion of patients who present heartburn do not need surgery.

Key Words: Esophagus, benign esophageal strictures and esophageal rehabilitation.

INTRODUCCION

La estenosis esofágica benigna es una patología frecuente que se presenta en todos los grupos de edad.

La causa mas común de esta patología es el reflujo gastroesofágico, esta complicación se presenta del 1% al 5% de las personas que presentan esofagitis que es el .01% de la población en general ⁽¹⁾. Como segunda causa esta la ingesta de corrosivos y la tercera es secundaria a la escleroterapia ,que cada día va en aumento ⁽²⁾.

Actualmente el tratamiento de elección para la estenosis esofágica benigna es la dilatación endoscópica tanto en adultos ⁽³⁾, como en niños y adolescentes⁽⁴⁾.

El tratamiento de elección para los pacientes con estenosis esofágica benigna es la dilatación endoscópica, pero hay un porcentaje reportado que requiere de manejo quirúrgico.

Algunos de los pacientes que son enviados a cirugía ya fueron tratados con dilataciones durante largo tiempo, sin mejoría o algunos con recidivas, ingresando al servicio en malas condiciones generales sobre todo por la desnutrición, que esto se traduce en un riesgo quirúrgico mayor.

También existe lo contrario, pacientes que de un inicio se les realiza algún procedimiento quirúrgico sin ofrecerle las dilataciones anterogadas que tiene una menor morbimortalidad.

¿Cuáles son los factores que contribuyen a una rehabilitación esofágica inadecuada en el programa de dilataciones?. El objetivo de este estudio fue determinar los factores pronósticos que presentan los pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico, así al identificar a los pacientes con estos factores y por consiguiente una mala respuesta, se les ofrecerá oportunamente el tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Se obtuvo en un inicio a los pacientes que se les había realizado algún tipo de cirugía por estenosis esofágica benigna en el archivo del departamento de Cirugía General. Posteriormente se recabaron los datos de los expedientes en el archivo general del Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza.

Se incluyeron a pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, a los cuales se les hubiera diagnosticado estenosis esofágica benigna y se les realizara cirugía con o sin previa dilatación anterograda. Se eliminaron a los pacientes que no se encontró su expediente o el reporte de endoscopia.

El estudio comprendió un período de 4 años de marzo de 1994 a febrero de 1998.

Se analizaron los factores clínicos y endoscópicos que pudieran influir en que la rehabilitación esofágica no fuera adecuada y por lo tanto requirieron de tratamiento quirúrgico.

Como antecedentes se analizaron alcoholismo, tabaquismo, uso de antiinflamatorios no esteroideos, de las características clínicas, síntomas de reflujo gastroesofágico, pérdida de peso, disfagia, de los signos endoscópicos, esófago de Barret, esófago corto, hernia hiatal, reflujo gastroesofágico ácido o alcalino, longitud de estenosis, número de estenosis y tratamiento coadyuvante, se incluyó el uso de esteroides

intralesional y uso de medicamentos como ranitidina e inhibidores de la bomba de protones.

Todos estos factores se analizarán mediante estadística descriptiva e inferencial con el programa epi-info 6.

RESULTADOS

En cuatro años de revisión un total de 40 pacientes, se operaron durante el periodo de estudio por estenosis esofágica benigna, solamente se pudieron analizar 31 expedientes por depuración de los otros.

De los 31 pacientes, 15 (48%) masculino y 16 (52%) femenino, con rango de edad de los 21 a los 79 años con un promedio de 48.5 años (gráfica 1). Como primera causa de estenosis que requirió de manejo quirúrgico fue la estenosis péptica con 17 (55%) y en segundo termino la ingesta de cáusticos 14(45%) (gráfica 2).

Se analizaron los dos grupos por separado, de la cirugía por estenosis por cáusticos hubo 10 (32%) mujeres y 4 (13%) hombres, con un promedio de edad de 36 años y un rango de 21 a 63 años. Antecedentes de alcoholismo hubo 6 (19%) y de tabaquismo 7 (22%), de los datos clínicos el reflujo gastroesofágico había 3 (9%), con esófago corto 8 (25%), que habían perdido peso 10 (32%)(gráfica 3), presentaban disfagia los 14 (45%), 5 (16%) únicamente a sólidos y 9 (29%) a sólidos y líquidos. De los hallazgos endoscópicos 8(26%) con esófago corto, 10(32%) con estenosis múltiple (gráfica 4) y 4(12%) con estenosis única en la longitud del esófago, Hubo otros datos que no se presentaron en ningún caso como uso de antiinflamatorios esteroideos, esófago de Barret. hernia hialal ,reflujo gastroesofágico endoscópicamente.

Del grupo de paciente con estenosis péptica fueron 17 (55%), hubo 11 (35%) masculino y 6(19%) femenino. El rango de edad fue de 44 a 79 años, con promedio de 48.5 años. De los antecedentes de alcoholismo hubo 9 (29%) y de tabaquismo 8 (26%), de antecedente de ingesta de antiinflamatorios no esteroideos hubo 3 (9%). De las características clínicas.

hubo 17 (55%) que presentaban datos de reflujo gastroesofágico, pérdida de peso 4(12%), disfagia 17 (55%), 9(25%) a sólidos, a líquidos 3 (9%) y a ambos 5(16%). Los 17 (55%) pacientes presentaban estenosis en el tercio distal, única y corta (3 a 7 cm), 5 (16%) presentaban esófago de Barret, hernia hiatal 11(35%), 9(29%) tenían esófago corto (gráfica 5), 5 (16%) presentaban reflujo por endoscopia. También en todos los casos 17(55%) se maneja como terapia coadyuvante con ranitidina en 15 (48%) y en 2 (6%) con omeprazol.

Dentro del grupo de estenosis péptica hubo 8 (25%) pacientes que se les realizó dilatación endoscópica anterógrada previa a la cirugía sin mejoría. De éstos los datos que más llaman la atención, clínicamente 8 (25%) decían tener reflujo y disfagia 8 . De los datos encontrados endoscópicamente 8 (25%) tenían esófago corto, esófago de Barret 2 (6%), hernia hiatal 4 (12%).(gráfica 6), reflujo endocópico 3 (9%). Los 8 pacientes (25%) tenían estenosis única corta y de tercio inferior. Como tratamiento coadyuvante 6 (19%) habían sido tratados con ranitidina y 2 (6%) con omeprazol. A ningún paciente se le maneja con esteroide intralesional.

DISCUSIÓN

Durante el período de estudio, en el servicio de Cirugía General hubo 7320 ingresos de los cuales a 40 se les realizó algún tipo de cirugía por estenosis esofágica benigna, siendo aproximadamente el 0.45% de los ingresos. En el servicio de endoscopia ingresan anualmente al programa de dilatación anterógrada veinte pacientes, al compararlos con el manejo quirúrgico, anualmente se realizan 10 por año, estos equivalen a un 33 % de casos que se resuelven quirúrgicamente, en otros centros el límite máximo es del 25% ⁽⁵⁾.

Analizando cada grupo, se observa que la estenosis por cáusticos es de un 45%, en su mayoría fueron mujeres 10 (32%) y con promedio de edad menor a la tasa general de 36 años. Las características endoscópicas fueron, estenosis múltiples y largas, como se reporta en otros estudios éstas son las de peor pronóstico para la dilatación ⁽⁶⁾. Todos los pacientes refirieron disfagia 14 (45%), principalmente a sólidos y líquidos 9 (29%) el resto sólo a sólidos, consecuentemente es lógico que estos pacientes presenten pérdida de peso encontrándose en 10 (32%), la pérdida de peso fue uno de dos factores pronósticos que encontró Shane en su estudio de dilatación endoscópica ⁽⁷⁾.

El grupo de estenosis péptica que requirió de cirugía presenta datos interesantes. En este grupo la mayoría de los pacientes son hombres 11 (35%) y el promedio de edad fue mayor de 61 años. Hubo un aumento de pacientes con antecedentes en la ingesta de alcohol 9(29%) y de tabaco 8(25%), estos reportes se han encontrado en otros estudios , como

factores pronósticos, sin embargo esto puede estar dado que en este grupo había un mayor número de hombres.

En este grupo todos los pacientes refirieron datos de reflujo gastroesofágico. sin embargo endoscópicamente sólo se encontró a 5, que es menos de la tercera parte que lo refiere (gráfica 7), la ausencia de reflujo fue el otro dato que Shane encontró significativo en sus factores pronósticos. Los otros datos que se encontraron en este grupo fueron, esófago de Barret en 5, esófago corto en 8 (25%) y hernia hiatal en 11, estos datos han sido reportados significativos en otro estudio ⁽⁸⁾. A todos estos pacientes también se les manejó con ranitidina u omeprazol.

Ahora analizando los últimos datos en el grupo de los pacientes que recibieron dilatación anterograda sin mejoría se puede aportar nuevos datos.

Hubo 8 (25%) pacientes que tuvieron dilatación fallida, de estos los 8(25%) presentaron esófago corto 4 hernia hiatal y 2 esófago de Barret. Este mismo grupo se manejo coadyuvantemente con ranitidina que no ha demostrado mejoría en la respuesta a la dilatación ⁽⁹⁾ y tan solo a 2 se les manejó con omeprazol que éste si se ha observado que junto con las dilataciones mejora el índice de respuesta ⁽¹⁰⁾. Tomando en cuenta estos resultados podríamos inferir que la causa perpetuante de la estenosis es el esófago corto y no la hernia hiatal, ni el esófago de Barret, ya que en el grupo que no recibió dilatación y en el que lo recibió se encuentran en misma proporción e incluso mayor en el grupo de pacientes que no recibieron dilatación, no así el esófago corto que en el grupo de las dilataciones se presentó en todos y solamente en uno de los que no se les

manejó con dilatación. El otro punto es que ninguno de los dos grupos recibió inhibidores de la bomba de protones con lo cual probablemente el índice de mejoría sería mayor.

El uso de esteroides intralesional no se encontró en ningún paciente que aunque no es concluyente que interfiera en la evolución de la estenosis, se reporta mejoría en algunos casos ⁽¹¹⁾.

Con estos resultados se observa que hay un porcentaje de cirugías por estenosis esofágica mayor a otros centros, probablemente la causa sea la péptica y conociendo que la morbimortalidad es mayor en el tratamiento quirúrgico reportada de un 20%, comparada con un 5.7% de la dilatación endoscópica ⁽¹²⁾, se deberá de analizar las indicación de cirugía.

CONCLUSIÓN

Por los resultados encontrados los pacientes con estenosis por cáusticos con estenosis largas y múltiples que presentan clínicamente disfagia y pérdida de peso se les deberá ofrecer inmediatamente la cirugía ya que la dilatación no resulta satisfactoria.

A los pacientes con estenosis péptica que en su gran mayoría son únicas, cortas y de tercio distal, se les deberá ofrecer dilatación endoscópica. Los pacientes que presenten esófago corto se les realizará cirugía ya que su respuesta es mala a las dilataciones por estenosis.

A todos los pacientes que se les maneje médicamente con dilataciones por estenosis esofágica benigna deberá ir acompañada del uso de inhibidores de la bomba de protones, y no de bloqueadores de receptores H₂.

Se deberá tener cuidado al analizar los datos clínicos de reflujo gastroesofágico ya que aunque clínicamente lo refirieron todos, sólo 5 lo presentaban endoscópicamente y si una indicación de cirugía por hernia hiatal es la persistencia de los síntomas probablemente estos sean los pacientes que están elevando el porcentaje de estenosis esofágica benigna resuelta por cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ben Rejeb M, Bouche O, Zeitun P. Study of 47 consecutive patients with peptic esophageal stricture compared with 3888 cases of reflux esophagitis. *Dig Dis Sci* 1992;37:733-736.
2. Hill ID, Malcolm DB. Endoscopic Sclerotherapy for control of bleeding varices in children. *Am J Gastroenter* 1991;86:472-6.
3. Glick ME. Clinical course of esophageal strictures managed by bougienage. *Dig Dis Sci* 1992;27:884-8.
4. Dalzell AM, Shepher RW, Cleghorn GJ, Patric MK. Esophageal stricture in children: fiberoptic endoscopy and dilatation under fluoroscopic control. *J. Pediatr gastroenterol Nutr* 1992;15:426-30.
5. Kadakia SC, Parker A, Carrougher JG, Esophageal dilation with polivinil bougies, using a marked guidewire without the acid fluoroscopy: An update. *Am J Gastroenterol* 1993;88:1381-1386.
6. Broor SL, Raju GS, Bose PD. Long term results of endoscopic dilatation for corrosive esophageal strictures. *Gut* 1993;34:1498-501.
7. Shane R, Agnew, Shudir P, Pandia, Pichard P.E, Reynolds, Harold P. Preiksaitis. Predictors for frequent esophageal dilations of benign peptic strictures. *Dig Dis Sci* 1996;41(5):931-936.
8. Csendes A, Malvenda F, Bagnetto Y. Location of the lower oesophageal sphincter and the squamous columnar mucosal junction in

109 healthy controls in 778 patients with different degrees of endoscopic esophagitis. *Gut* 1993;34:21-27.

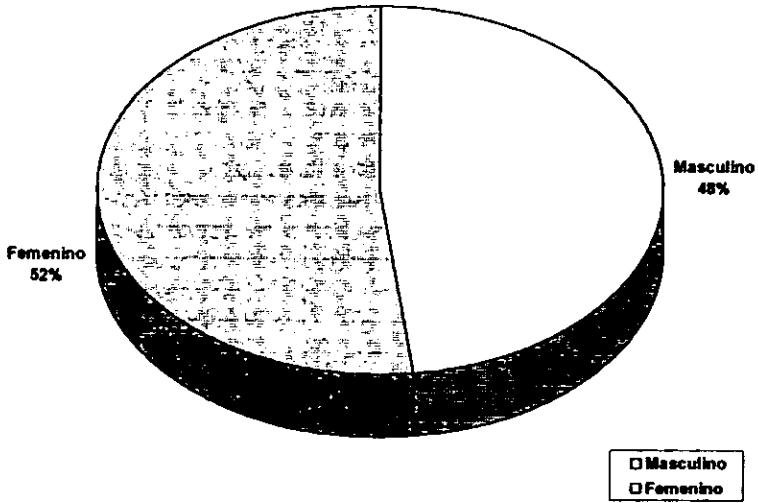
9. Farup PG, Modalski B, Tholfsn JK. Long term treatment with 30 mg of ranitidine once daily after dilatation of peptic oesophageal strictures. *Scand J Gastroenterol* 1992;27:594-598.

10. Smth PM, Kerr GD, Cockell R, Ross BA, Bate CM, Brown P, et al. A comparison of omeprazole and ranitidine in the prevention of recurrence of benign esophageal stricture. *Gastroenterology* 1994;107:1312-1318.

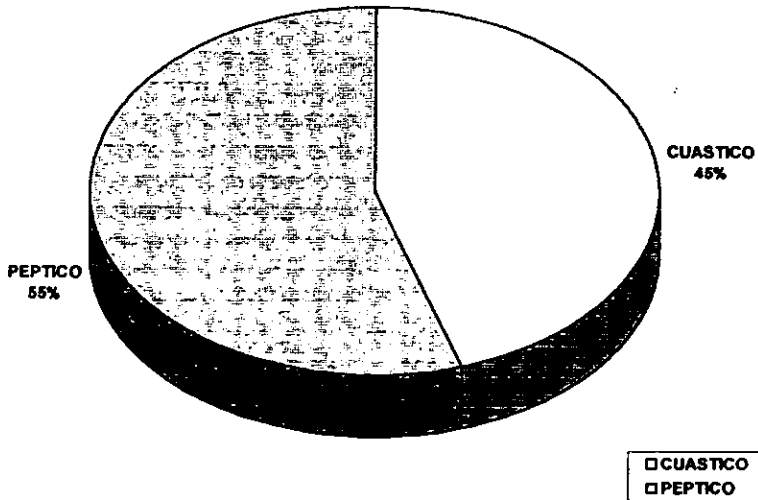
11. Berenson GA, Wyllie R, Caulfield M, Steffer R. Intralesional steroids in the treatment of refractory esophageal strictures. *J Pedriath Gastroenterol Nutr* 1994;18:250-2.

12. Gerzic ZB, Knezevic JB, Milicevic MN, Jovanovic BK. Esophagocoloplasty in the management of postcorrosive strictures of esophagus. *Ann Surg* 1990;211:329-36.

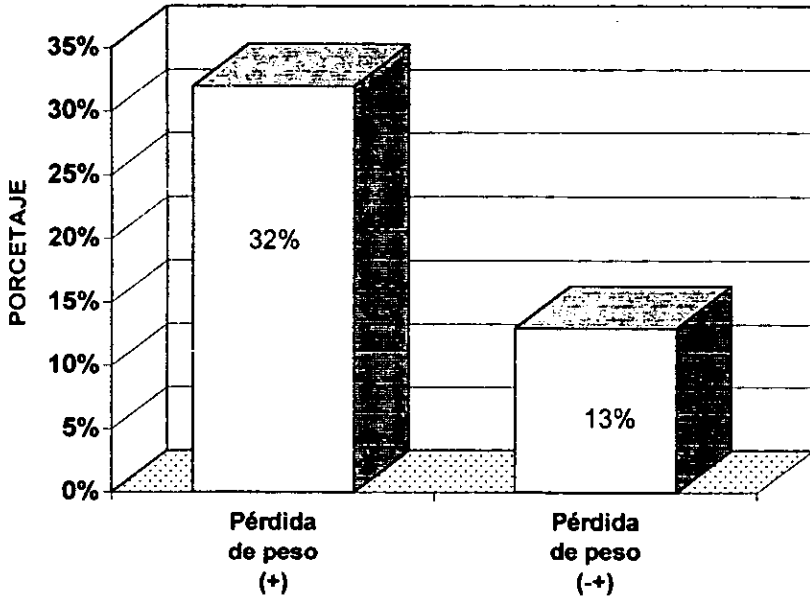
GRAFICAS



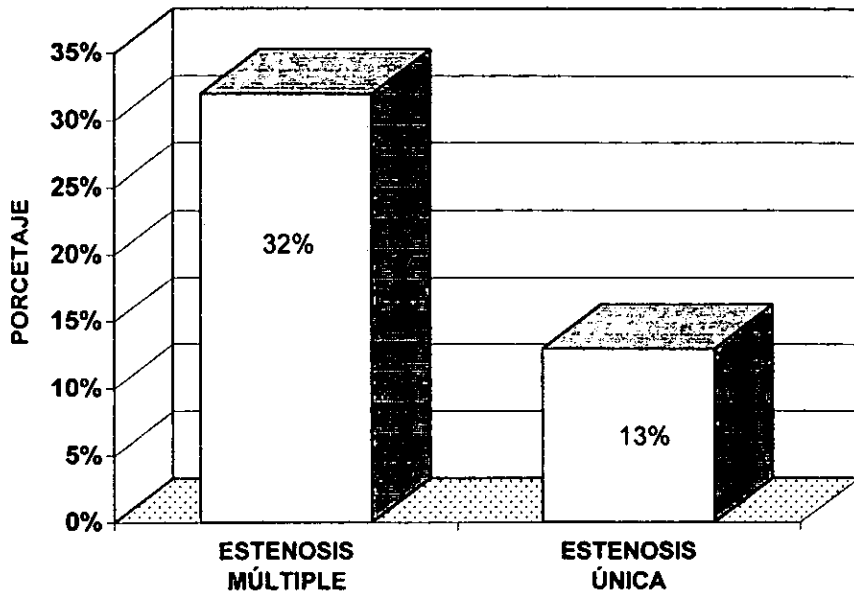
Gráfica No. 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO



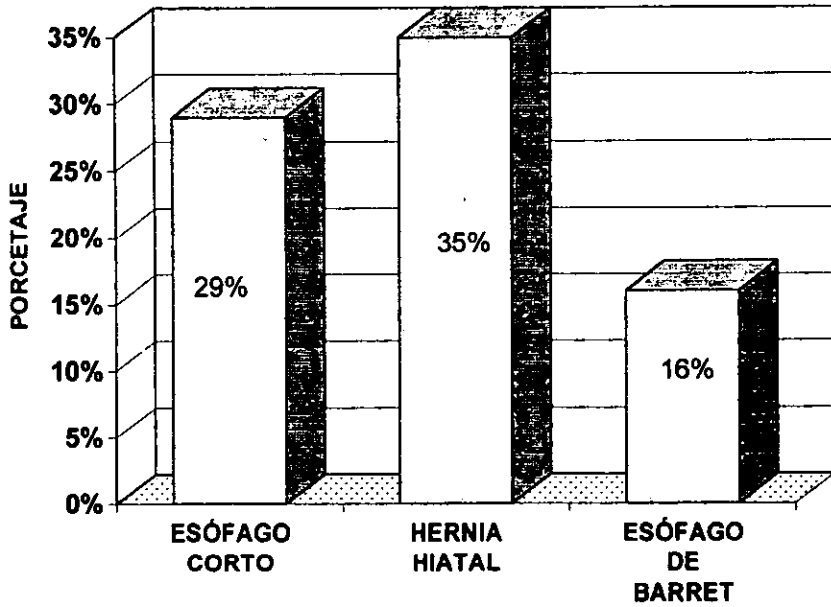
Gráfica No. 2. DISTRIBUCIÓN POR CAUSA



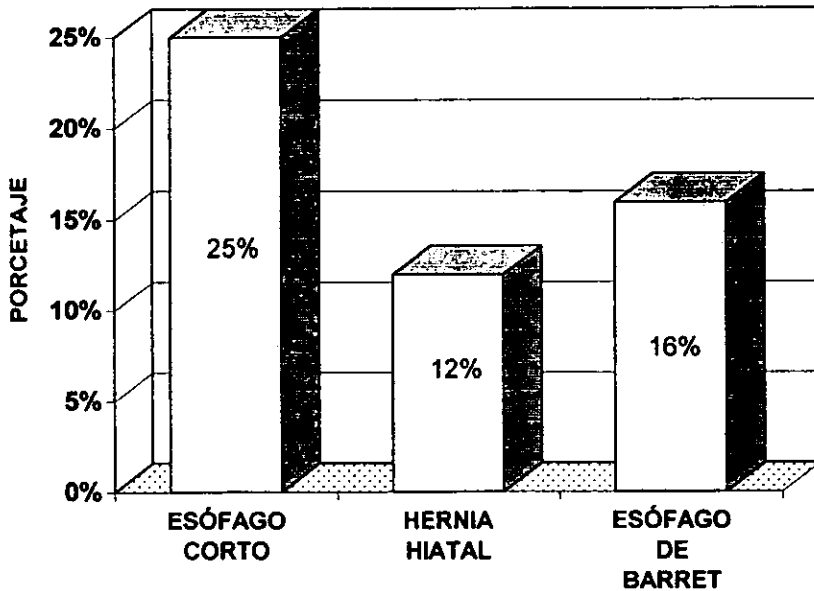
Gráfica No. 3. ESTENOSIS POR CAUSTICOS.



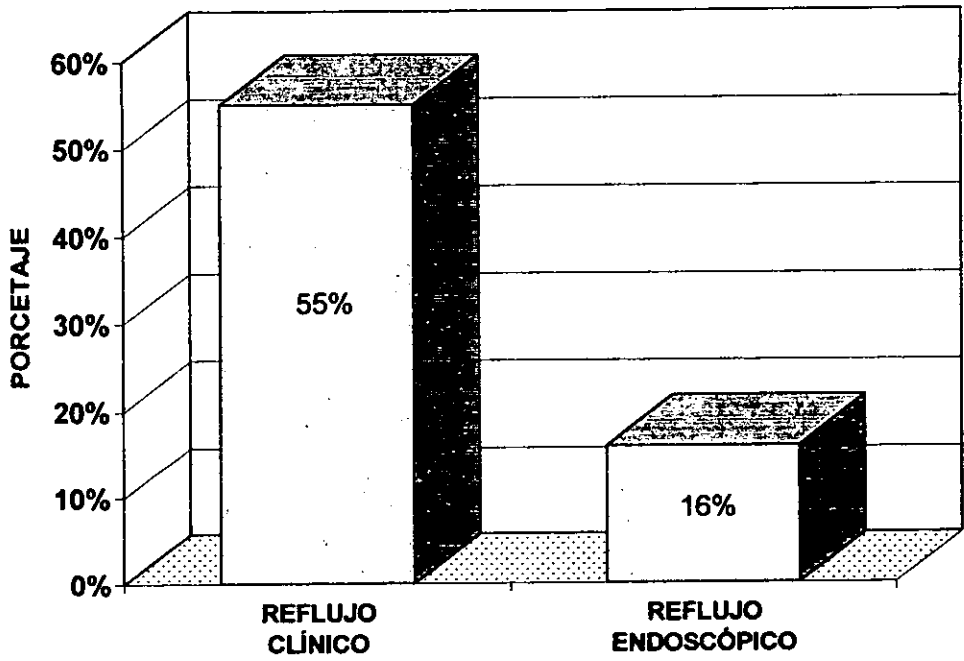
Gráfica No. 4. ESTENOSIS POR CAUSTICOS..



Gráfica No. 5. ESTENOSIS PÉPTICA.



Gráfica No. 6. DILATACIÓN PREVIA A CIRUGÍA.



Gráfica No. 7. ESTENOSIS PÉPTICA