

ESTENOSIS PRECOZ Y DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS QUIRÚRGICA ESOFAGO-YEYUNAL TRATADA CON DIFERENTES TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

Early stenosis and dehiscence of surgical esophago-jejunal anastomosis treated with different endoscopic techniques

González Parra AC, Fernández Mascuñano M, Muñoz García-Borrueal M, Rodríguez-Téllez M

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Resumen

La estenosis esofágica benigna es una patología frecuente en la práctica clínica diaria. La mayoría de ellas son simples y son tratadas con éxito mediante dilatación endoscópica (DE) con bujías o balón. En casos recurrentes o estenosis refractarias deben ser consideradas otras opciones endoscópicas considerándose la terapia incisional (TI) una alternativa eficaz y segura.

Reportamos un caso de una paciente con gastritis crónica con metaplasia intestinal extensa multifocal y displasia de alto grado en antro y cuerpo sin lesiones visibles intervenida mediante gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux que presenta estenosis precoz de la anastomosis, requiriendo dilatación con bujías, colocación de prótesis y terapia incisional.

Palabras clave: estenosis de anastomosis, dilatación, terapia incisional.

Abstract

Benign esophageal stenosis is a common pathology in daily clinical practice. Most cases are simple and are successfully treated with endoscopic dilation (ED) using bougies or balloons. In recurrent or refractory stenosis cases, other endoscopic options should be considered, with incisional therapy (IT) being deemed an effective and safe alternative.

We report a case of a patient with chronic gastritis, extensive multifocal intestinal metaplasia, and high-grade dysplasia in the antrum and body without visible lesions. The patient underwent total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction and subsequently developed early stenosis of the anastomosis, necessitating dilation with bougies, stent placement, and incisional therapy.

Keywords: anastomotic stenosis, dilation, incisional therapy.

María Fernández Mascuñano
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
mariaaviso96@gmail.com

González Parra AC, Fernández Mascuñano M, Muñoz García-Borrueal M, Rodríguez-Téllez M.
Estenosis precoz y dehiscencia de anastomosis quirúrgica esofago-yeyunal tratada con diferentes técnicas endoscópicas. RAPD 2024;47(4):161-164. DOI: 10.37352/2024474.2

Introducción

Existen una serie de complicaciones gastrointestinales bien descritas tras una gastrectomía con reconstrucción en Y de Roux. Una de ellas es la estenosis de la anastomosis, descrito en un 5-46% de los casos de cirugías esofagogástricas¹.

La mayoría de las estenosis esofágicas son simples y están asociadas a buena respuesta a terapia endoscópica con dilatación. Sin embargo, hasta un 10-30% de las estenosis pueden llegar a ser complejas, lo que conlleva mayor refractariedad y necesidad de terapias repetidas. En los casos en los que la dilatación endoscópica convencional no es suficiente, la TI se posiciona como alternativa considerable para estenosis benignas refractarias^{1,2,4}.

Sin embargo, este tipo de técnicas no están exentas de riesgos, siendo la perforación la complicación más frecuente (0,1-0,6% con DE y alrededor de un 5,6% con la TI), que suele resolverse endoscópicamente con colocación de prótesis^{2,3}.

Caso clínico

Mujer de 66 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consulta por dispepsia, por lo que se le solicitó endoscopia digestiva alta (EDA) donde se objetivó gastritis crónica con metaplasia extensa multifocal y displasia de alto grado en antro y cuerpo sin lesiones visibles (Figura 1). Se comentó el caso en comité multidisciplinar decidiéndose gastrectomía total laparoscópica con reconstrucción en Y de Roux, que se realizó sin complicaciones precoces. A los dos meses desarrolló disfagia casi completa, por lo que se realizó nueva EDA observándose estenosis puntiforme de la anastomosis (Figura 2). Se decidió dilatación de la misma con bujías de Savary-Gilliard de 8 a 12 mm (Figura 3), produciéndose la dehiscencia inmediata de la anastomosis que requirió la colocación de una prótesis metálica recubierta (Ultraflex™ de 120 x 23 mm) (Figuras 4 y 5). La evolución posterior fue satisfactoria, pudiendo ser retirada la prótesis al mes.

Tras seis meses del procedimiento la paciente volvió a referir disfagia, realizándose EDA que identificó recidiva de la estenosis, que se trató con TI siguiendo la técnica estándar, utilizándose bisturí IT nano y añadiendo triamcinolona intralesional. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones inmediatas y la paciente fue dada de alta a las 24 horas, permaneciendo asintomática a los tres meses.

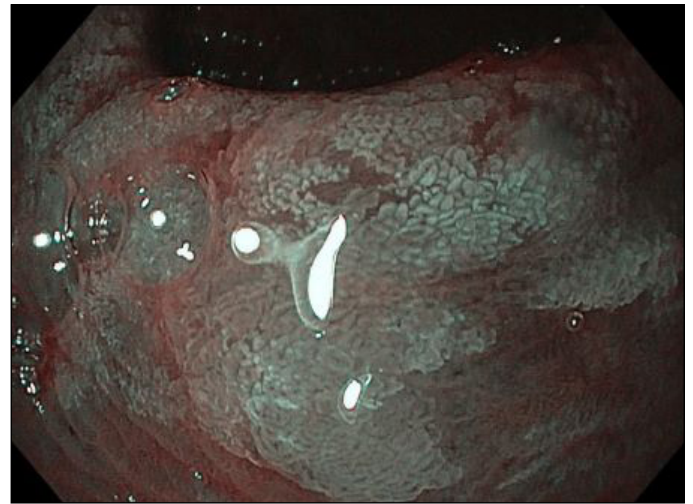


Figura 1. Imagen endoscópica con NBI de las áreas de metaplasia intestinal en cuerpo gástrico.

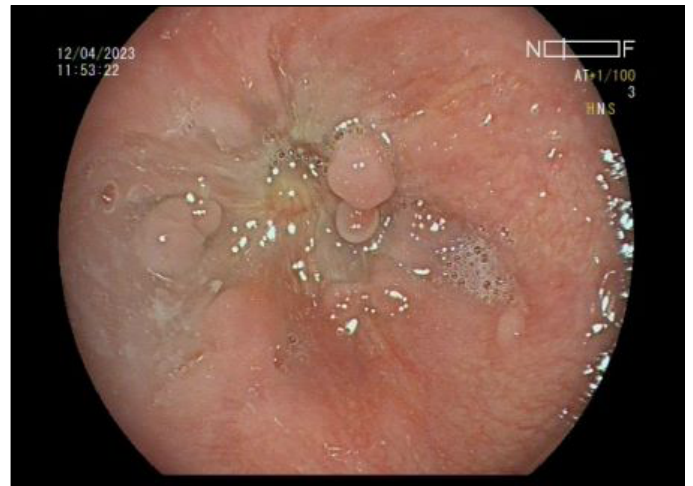


Figura 2. Visión endoscópica de la estenosis puntiforme de la anastomosis esófago-yejunal.

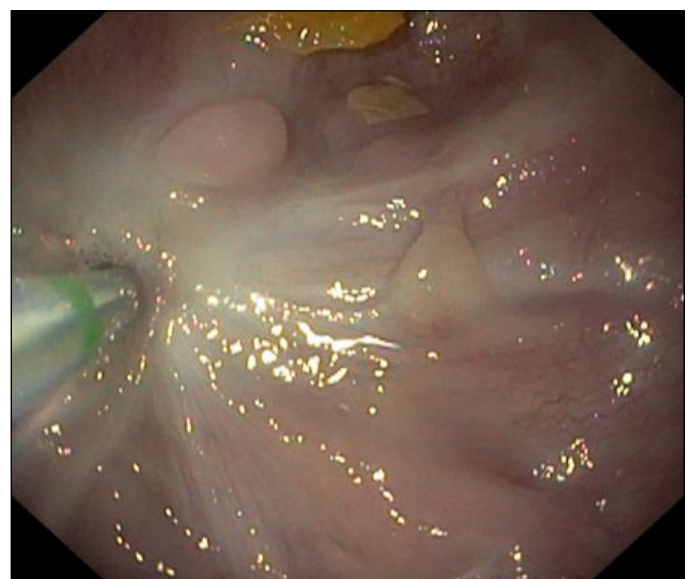


Figura 3. Visión endoscópica de la estenosis, donde se observa el canulotomo por el cual se introducen las guías donde pasarán las bujías.

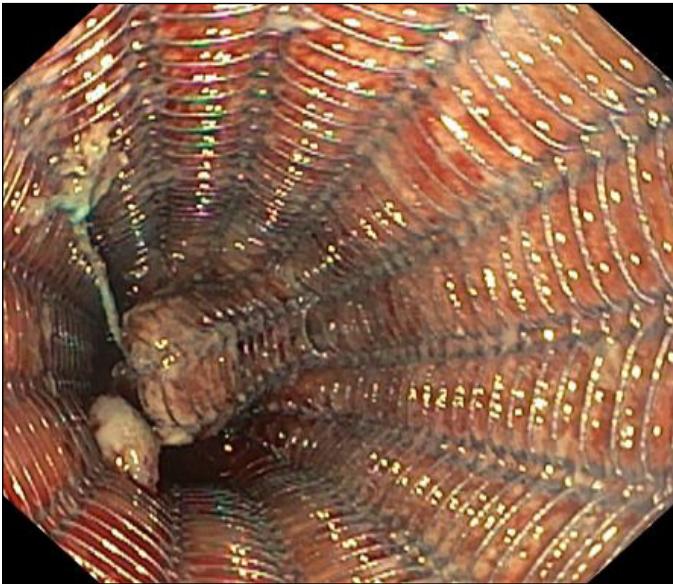


Figura 4. Visión endoscópica de la prótesis metálica recubierta (Ultraflex™ de 120 x 23 mm).



Figura 5. Prótesis normoposicionada, visión radiológica.

Discusión

La estenosis precoz de la anastomosis esófago-yeyunal es una complicación conocida tras una cirugía. La terapia endoscópica es el tratamiento de elección de las estenosis benignas cuando son sintomáticas, siendo la dilatación con balón o bujías, la terapia incisional o la colocación de prótesis las opciones más frecuentes.

La técnica de DE es llevada a cabo mediante bujías o balón. La primera técnica se basa en la dilatación mediante aplicación de fuerza combinada radial con longitudinal, que puede realizarse bajo control fluoroscópico. Por otro lado, el balón aplica únicamente fuerza radial, y tiene la ventaja de que permite visualización endoscópica directa^{1,2}.

En una revisión sistemática publicada en 2018 se concluyó que ambas técnicas son equivalentes en cuanto a la efectividad y seguridad, sin apreciar diferencias en cuanto a la clínica, la recurrencia a los doce meses, el sangrado y la tasa de perforaciones. Por lo tanto, la elección de una u otra técnica debe basarse en la experiencia del endoscopista y la disponibilidad en cada centro³.

El objetivo de la TI es la resección del anillo fibrótico. Las estenosis tipo para ser tratadas con esta técnica son aquellas benignas, cortas (1-2 cm) y formadas por tejido fibrociatricial. Existen dos modalidades, la incisión radial y la incisión circunferencial, en la cual se reseca la zona fibrótica circunferencialmente siguiendo el eje axial del esófago. Los efectos adversos (EA) más frecuentes son el dolor, el sangrado y la perforación, siendo la tasa de EA muy baja y similar a los de la DE¹.

Existe un ensayo clínico aleatorizado que compara 62 pacientes con estenosis anastomótica, los tratados con bujías y con TI. No hay diferencias significativas en ambos grupos ni en el éxito clínico ni en la tasa de EA⁵. Sin embargo, Muto et al. publicaron un estudio de cohortes retrospectivo comparando la eficacia de la TI con la DE en 54 pacientes con estenosis esófago-gástrica quirúrgica, concluyendo que existía superioridad en la permeabilidad esofágica a los seis y doce meses en el tratamiento con TI respecto a la DE (65,3% vs 19,8%, $p < 0,005$; 61,5% vs. 19,8%, $p < 0,005$)⁶. Por lo tanto, la elección de DE o TI es controvertida, se requieren estudios prospectivos con mayor número muestral y a más largo plazo para establecer conclusiones. Parece razonable concluir que la TI es una alternativa a la DE cuando se realiza por personal entrenado y en estenosis anastomóticas cortas².

En cuanto a la inyección de corticoides, mientras la administración previa al procedimiento no ha demostrado beneficio, la adición de triamcinolona intralesional posterior a la dilatación de una estenosis posquirúrgica reduce de forma estadísticamente significativa el número de procedimientos requeridos para resolver la estenosis, con mejoría clínica de los síntomas^{7,8}.

Por otro lado, en cuanto a las prótesis esofágicas, la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) se posiciona en contra de su uso como primera línea en las estenosis benignas debido al potencial incremento de EA, como migración o hiperplasia epitelial que dificulte su retirada, quedando relegada la indicación ante fracaso de tratamientos previos. Las prótesis se indican de primera línea como tratamiento paliativo de estenosis malignas o para la resolución de fugas o perforaciones^{3,9}.

Podemos concluir que en algunos casos las estenosis de las anastomosis quirúrgicas esófago-gástricas resultan un reto en su manejo debido a su refractariedad. En estos casos la dilatación endoscópica con balón o bujías y la terapia incisional resultan opciones eficaces y seguras si se realizan con personal entrenado. Sin embargo, no es un proceso exento de riesgos, siendo la perforación la complicación más frecuente y grave, que también suele resolverse con tratamiento endoscópico, como fue nuestro caso. La inyección de corticoides favorece el tiempo libre de síntomas y alargan el tiempo necesario entre sesiones de tratamiento. La prótesis puede emplearse en caso de fracaso en los tratamientos previos.

Bibliografía

1. Merino Gallego E, Martínez Amate E, Gallego Rojo FJ. Incisional endoscopic therapy as a therapeutic alternative in esophageal anastomotic strictures refractory to conventional treatment. *Rev Esp Enferm Dig*. 2019 Sep;111(9):717-719.
2. Fugazza A, Repici A. Endoscopic Management of Refractory Benign Esophageal Strictures. *Dysphagia*. 2021 Jun;36(3):504-516.
3. Josino IR, Madruga-Neto AC, Ribeiro IB, Guedes HG, Brunaldi VO, de Moura DTH, Bernardo WM, de Moura EGH. Endoscopic Dilation with Bougies versus Balloon Dilation in Esophageal Benign Strictures: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterol Res Pract*. 2018 Jul 15.
4. Iersema PD, Wijkerslooth LR. Dilatation of refractory benign esophageal strictures. *Gastrointest Endosc* 2009;70:1000-12.
5. Hordijk ML, van Hooft JE, Hansen BE, Fockens P, Kuipers EJ. A randomized comparison of electrocautery incision with Savary bougienage for relief of anastomotic gastroesophageal strictures. *Gastrointest Endosc*. 2009 Nov;70(5):849-55.
6. Muto M, Ezoe Y, Yano T, Aoyama I, Yoda Y, Minashi K, Morita S, Horimatsu T, Miyamoto S, Ohtsu A, Chiba T. Usefulness of endoscopic radial incision and cutting method for refractory esophagogastric anastomotic stricture (with video). *Gastrointest Endosc*. 2012 May;75(5):965-72.
7. Hirdes MM, van Hooft JE, Koornstra JJ, Timmer R, Leenders M, Weersma RK, Weusten BL, van Hillegersberg R, van Berge Henegouwen MI, Plukker JT, Wiezer R, Bergman JG, Vleggaar FP, Fockens P, Siersema PD. Endoscopic corticosteroid injections do not reduce dysphagia after endoscopic dilation therapy in patients with benign esophagogastric anastomotic strictures. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013 Jul;11(7):795-801.
8. Dasari CS, Jegadeesan R, Patel HK, Desai M, Aziz M, Thoguluvachandrasekar V, Duvvuri A, Kohli DR, Repici A, Siersema PD, Sharma P. Intralesional steroids and endoscopic dilation for anastomotic strictures after esophagectomy: systematic review and meta-analysis. *Endoscopy*. 2020 Sep;52(9):721-726.
9. Spaander MCW, van der Bogt RD, Baron TH, Albers D, Blero D, de Ceglie A, Conio M, Czako L, Everett S, Garcia-Pagán JC, Ginès A, Jovani M, Repici A, Rodrigues-Pinto E, Siersema PD, Fuccio L, van Hooft JE. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*. 2021 Jul;53(7):751-762.