

ESTENOSIS ESOFÁGICA POR INGESTIÓN DE SUSTANCIAS CÁUSTICAS

Dr. Alejandro García Gutiérrez (1) (†)

1. Diagnóstico

Se basará en los antecedentes, el cuadro clínico, los resultados de los exámenes de laboratorio, el estudio imagenológico, la esofagoscopia y la biopsia, si se considera necesario efectuarla.

- Antecedentes:

- Ingestión de sustancias corrosivas.
- El 75% de estas lesiones ocurre en niños de 5 años o menos, casi totalmente por causas accidentales, mientras que los pacientes de la época tardía de la adolescencia y los adultos jóvenes, constituyen el grupo de las lesiones intencionales, generalmente con ánimo suicida.
- Las sustancias cáusticas causantes de estas lesiones más comunes son tóxicos alcalinos (Sosa cáustica), las lejías utilizadas en el hogar y ácidos (Sulfúrico, clorhídrico), las soluciones de nitrato de plata y otras.
- Las lesiones corrosivas producidas por la ingestión de estas sustancias asientan generalmente la orofaringe, la laringe, el esófago, el estómago y excepcionalmente porciones más bajas del tracto digestivo.
- La localización y la severidad de las lesiones depende de la concentración y naturaleza de la sustancia cáustica y de la cantidad ingerida. Las sustancias sólidas o poco diluídas actúan sobre todo en la orofaringe y el esófago superior, mientras que las sustancias líquidas más diluídas tienen más posibilidades de lesionar todo el esófago, el estómago y porciones más bajas.

- Cuadro clínico:

- Puede haber shock y fiebre en la fase aguda inicial, en las lesiones esofágicas severas.
- Disfagia progresiva. Puede haber un intervalo libre de disfagia después de la esofagitis aguda corrosiva.

- Exámenes de laboratorio:

- Para evaluar el estado del paciente y conocer las alteraciones del medio interno que pueden haber sido producidas por la sustancia cáustica.
- Especialmente son de gran utilidad el hemograma con diferencial, glicemia, creatinina, ionograma y gasometría.

(1) Profesor de Mérito (ISCM-H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Especialista de II Grado en Cirugía General, ex Jefe del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

- **Imagenología:**
 - **Radiografía simple del tórax**, en posiciones anteroposterior y lateral.
 - **Cineradiografías con intensificador de imágenes**, del esófago y estómago, la primera con contraste hidrosoluble y, una vez descartada una perforación esofágica o gástrica, con sulfato de bario, preferentemente coloidal, solo, o con doble contraste con insuflación de aire.
 - Se realizarán vistas en posición vertical (Antero-posterior, laterales y oblicuas) y horizontal (Pósterio-anterior, Trendelenburg y Pancoast, cuando sea necesaria).
 - Se buscará:
 - Velocidad del tránsito esofágico.
 - Irregularidad de la mucosa y fístulas.
 - Dilatación del esófago proximal.
 - Existencia, localización, número y caracteres de las estenosis.
 - Coexistencia de lesiones y fístulas de la mucosa gástrica, neumoperitoneo y estenosis del cuerpo gástrico y píloro.
 - **Esofagoscopia y gastroscopia:**
 - Debe ser siempre precedida del examen radiológico y realizada por un endoscopista de experiencia para evitar la perforación del esófago u estómago.
 - Debe realizarse precozmente, tan pronto como desaparezcan los síntomas y signos esofágicos y generales de la esofagitis aguda corrosiva.
 - **Laringoscopia directa:**
 - Debe ser realizada cuando se sospeche daño laríngeo o faríngeo con el fin de confirmar la existencia de lesiones a esos niveles.
 - **Biopsia:**
 - Se tomará muestra de cualquier lesión sospechosa que se observe.

2. Tratamiento

2.1. Tratamiento de la esofagitis aguda corrosiva:

- **Principios generales:**
 - Hospitalización del paciente.
 - Es necesaria la vigilancia prolongada de estos pacientes, a menudo durante toda la vida.
 - Tener en cuenta que la ingestión aún de pequeñas cantidades de la sustancia cáustica da lugar, generalmente, a una estenosis esofágica.
 - Investigar las circunstancias del accidente y la naturaleza y cantidad de la sustancia ingerida.
 - Obtener muestra de la sustancia para realizar examen químico.
 - No usar sonda nasogástrica.
 - No administrar vomitivos, que agravan las lesiones faríngeas y laríngeas, por el paso reiterado de la sustancia cáustica por esas zonas.

- Neutralización de la sustancia, antes de las 4 horas de ingerida:
 - Si es un ácido: Agua de cal o hidróxido de calcio al 3%, solución de jabón, o solución de bicarbonato de sodio.
 - Si es un álcali: Vinagre diluido en agua, o zumo de limón.
- **Analgésicos:** Duralgina I.M., morfina o meperidina.
- **Tratamiento del Shock** (Ver el tema correspondiente).
- **Protectores de superficie:** Una cucharadita cada 3 horas de solución de sucralfato, caolín, o subnitrito o subcarbonato de bismuto.
- **Bloqueadores anti H₂ y de la bomba de protones**, para evitar que el reflujo gastroesofágico de material ácido pueda aumentar la gravedad de las lesiones.
- **Corticoesteroides**, que solo se administrarán cuando se haya producido disnea, ronquera o estridor laríngeo, ya que su administración, asociada al uso de antibióticos, puede aliviar el edema mucoso y el broncoespasmo que son las causas del obstáculo respiratorio.
- **Hidratación y nutrición parenteral** los primeros 3 ó 4 días y después continuar por vía oral, si las lesiones son pequeñas o moderadas, siempre que no haya disfagia, odinofagia, ni disnea o signos de irritación peritoneal y estén normales la frecuencia del pulso, la presión arterial y la temperatura (Ver los temas respectivos en esta obra).
- **Antibióticos de amplio espectro** desde el momento del accidente hasta 4 días después de la normalización de la temperatura.
- Se practicará una **yeyunostomía, o gastrostomía**, cuando no existan lesiones gástricas, si hay:
 - Lesiones muy extensas, profundas o perforaciones esofagogástricas espontáneas o iatrogénicas (Odinofagia, sialorrea, fiebre, generalmente elevada y síntomas generales (Taquicardia e hipotensión arterial).
 - Cuando la disfagia sea tan intensa que impida una alimentación adecuada.
- **Dilataciones:**
 - En todos los pacientes que hayan sufrido una esofagitis aguda corrosiva, independientemente de su intensidad.
 - Se realizarán en hospitales con servicio de endoscopía de experiencia y que cuente con todos los recursos necesarios.
 - Debe desconfiarse del período asintomático que transcurre con posterioridad a la fase aguda en las esofagitis cáusticas leves y moderadas.
 - Para comenzarlas es necesario que no haya fiebre, que la frecuencia del pulso y la presión arterial sean normales, que el estado general del paciente sea bueno y que no existan síntomas locales (Disfagia).

- Se iniciarán tan pronto como se demuestre la epitelización de la mucosa esofágica, generalmente no antes de las 2 ó 3 semanas de la lesión, preferentemente con los juegos de bujías dilatadoras guiadas por un alambre fino, tales como las de Savary de Puestow, con las que se disminuyen notablemente las posibilidades de provocar una perforación iatrogénica.
- La frecuencia de estas dilataciones es cada 2 días al principio, durante varias semanas, posteriormente cada semana, durante los meses que sea necesario y, finalmente, más espaciadas, hasta que se compruebe que no hay tendencia a la reaparición de la estenosis, sin dilataciones.
- Puede ser necesaria la realización de una gastrostomía para mantener una adecuada nutrición del paciente mientras no se resuelva la disfagia y también cuando se requiere hacer las dilataciones retrógradamente, como es el caso cuando las estenosis son múltiples y apretadas.
- **Tratamiento de la estenosis establecida**
 - Determinar si la estenosis es dilatada o no. Se considerarán no dilatadas las estenosis en que no sean posibles o hayan fracasado las dilataciones.
 - En las estenosis recidivantes debe descartarse un cáncer, pues éste es mucho más frecuente en las estenosis cicatrizales que en la población general.
 - En las estenosis rebeldes localizadas, de no más de 1,5 a 2 cm de longitud se debe ensayar alguno de los siguientes métodos antes de decidir la intervención quirúrgica :
 - Realizar nuevas dilataciones después de inyectar una solución de esteroides por vía endoscópica en la zona estenosada.
 - Seccionar en forma radiada la zona fibrosa estenosante mediante electrocirugía o láser, seguida de nuevas dilataciones o de la colocación de una prótesis, preferentemente autoexpansible.
 - Estos procedimientos están indicados especialmente en pacientes que representen un alto riesgo quirúrgico.
- **Reemplazo del esófago**
 - Con segmentos o tubos pediculados de colon, estómago o yeyuno.
 - Solo es imprescindible la resección del esófago en las estenosis del tercio inferior del esófago (Donde la resección y el reemplazo del esófago es parcial) o cuando exista un carcinoma asociado (En este caso deberán seguirse los métodos recomendados en el tema correspondiente).
- **Indicaciones:**
 - Imposibilidad de iniciar o continuar las dilataciones.
 - Imposibilidad de obtener un calibre normal del esófago a pesar de las dilataciones.

- Intolerancia del paciente al tratamiento con dilataciones.
- Perforación esofágica durante una dilatación
- **Tratamiento preoperatorio:**
 - Restablecimiento del estado general y nutricional.
 - Determinación de la normalidad del órgano seleccionado para la sustitución.
 - Preparación local del esófago y del órgano seleccionado para el reemplazo (Colon especialmente).
 - Antibióticoterapia perioperatoria de amplio espectro.
- **Técnicas:**
 - Anestesia general endotraqueal.
 - **En las raras estenosis únicas anulares de hasta 1 cm de longitud:**
 - Plastia por la técnica de Heinecke-Mikulicz.
 - Resección del segmento estenosado y anastomosis término-terminal.
 - **En las estenosis más extensas:**
 - **Segmento cervical:**
 - Autotrasplante revascularizado de yeyuno, colon o antro gástrico (Por técnicas microquirúrgicas).
 - Reemplazo por un tubo de piel (Wookie).
 - Esofagocoloplastia, preferentemente retroesternal, sin esofagectomía.
 - Si lo anterior no fuera posible:
 - Esofagogastroplastia transhiatal o retroesternal, previa esofagectomía.
 - Esofagoyeyunoplastia retroesternal (Sin exéresis del esófago).
 - **Segmentos superior y medio del esófago torácico:**
 - Esofagocoloplastia, preferentemente retroesternal, sin esofagectomía.
 - Si lo anterior no fuera posible, usar la vía subcutánea y los reemplazos con estómago, transhiatal o retroesternal con esofagectomía, o con yeyuno, retroesternal sin esofagectomía.
 - **Segmento inferior del esófago torácico y segmento abdominal:**
 - Resección y anastomosis esofagogástrica con interposición yeyunal (Merendino-Dillard), asociada a piloroplastia.
 - La sustitución puede hacerse con un segmento pediculado de colon (Transverso especialmente), o estómago (Total o tubo), si no fuera factible con yeyuno.
 - Cortocircuito esofagogástrico con un asa yeyunal por la técnica de Reynolds, cuando la resección del esófago sea imposible o riesgosa por fibrosis peritoneal.

- Cuando la estenosis esofágica se acompaña de estenosis pilórica, se asociará a las técnicas anteriores una piloroplastia o piloroantrectomía, con restablecimiento de la continuidad digestiva con el duodeno o el yeyuno.
 - Cuando la estenosis esofágica se asocie a una estenosis extensa del estómago, la restitución del tránsito digestivo se hará mediante una anastomosis de la plastia con el yeyuno (Esófago-yeyunoplastia con yeyuno-yeyunostomía, o esofagocoloyeyunoplastia, en cuyo caso se puede dejar in situ el estómago lesionado).
 - Todas las suturas esofágicas se pueden realizar manualmente, con materiales de sutura finos (3-0), de reabsorción lenta o no reabsorbibles, preferentemente monofilamento, con aguja curva atraumática, a puntos separados, en uno o dos planos. También se pueden emplear los suturadores mecánicos lineares o circulares para las distintas suturas y anastomosis.
 - En todas las operaciones con suturas o anastomosis del esófago, es prudente dejar una yeyunostomía o una gastrostomía, según el caso, para garantizar la realimentación precoz y segura del paciente en el período postoperatorio.
 - No recomendamos dejar un tubo nasogástrico a través de las zonas de sutura o anastomosis con ese fin, aunque sí puede dejarse cuando se utilice el estómago para el reemplazo, con el propósito de prevenir la distensión gástrica postoperatoria.
 - En los reemplazos esofágicos totales o subtotales, con anastomosis en el cuello, recomendamos dejar parcialmente abierta la sutura de la piel en esa zona, para poder observar el estado de la anastomosis cervical a las 36 o 48 horas, en cuyo momento se procede al cierre de la misma si el resultado es satisfactorio.
 - Debe dejarse siempre un drenaje próximo a las suturas y anastomosis del esófago, durante no menos de 7 días, como control.
- Tratamiento postoperatorio:**
- Además de las medidas generales y particulares de la cirugía torácica y abdominal que aparecen en esta obra, se hará lo siguiente:
 - Comenzar la dieta con líquidos a través de la sonda de Levin, gastrostomía o yeyunostomía, cuando :
 - La aspiración gástrica en 24 horas sea inferior a 400 ml.
 - Exista peristaltismo intestinal normal.
 - Iniciar la dieta líquida por vía oral, al séptimo día postoperatorio, después que se compruebe la hermeticidad de

la sutura y la permeabilidad de la anastomosis, mediante:

- Deglución de una solución de azul de metileno.
- Esofagograma con contraste hidrosoluble.
- En los días siguientes se pasará progresivamente a dietas semisólida y sólida.