



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-143 - INTERVENCIÓN DE MERENDINO EN LA ESTENOSIS ESOFÁGICA BENIGNA

López Farias, Alberto; Rojas Holguín, Adela; Flores Flores, Gustavo; Pardo Ortiz, María; Ramallo Solís, Irene María; Fernández Balaguer, Pedro; Nieto Soler, Antonio Adolfo

Hospital de Mérida, Mérida.

Resumen

Introducción: La estenosis esofágica definida como la disminución de la luz esofágica presenta como síntoma predominante la disfagia, impidiendo al paciente una nutrición oral adecuada y aumentando el riesgo de broncoaspiración. La principal causa de estenosis esofágica benigna es la ERGE, aunque ha disminuido significativamente con el uso de IBP. El tratamiento de elección es la dilatación neumática endoscópica, que puede acompañarse de colocación de una endoprótesis esofágica. Si esto falla y la estenosis es sintomática, requiere intervención quirúrgica. Cuando la etiología es benigna y no son necesarias resecciones oncológicas se prefieren técnicas de preservación de órganos con menor morbilidad como la transhiatal y la interposición de Merendino en lugar de técnicas más agresivas como la Ivor-Lewis con doble acceso abdominal y torácico o la esofagectomía triincisional de McKeown, especialmente indicadas en adenocarcinomas esofágicos. La técnica quirúrgica de Merendino consiste en una esofagectomía distal y una transposición de yeyuno para la anastomosis esófago-yeyuno-gástrica. Propuesta inicialmente para el tratamiento de las estenosis distales benignas del esófago por reflujo péptico, varices por hipertensión portal o por fibrosis consecutiva a una cardiomiectomía, también está indicada ante una displasia severa y persistente en una metaplasia intestinal (Barrett) o por el reconocimiento de un adenocarcinoma incipiente de la región cardial, sobre todo en casos de esófago corto.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 66 años de edad, con antecedente de esquizofrenia residual y estenosis esofágica distal péptica puntiforme que ha requerido 6 dilataciones neumáticas y endoprótesis esofágica inefectivas. Así mismo presenta hernia de hiato por deslizamiento y estenosis pilórica. A través de una laparotomía subcostal bilateral realizamos una disección esofágica transhiatal con apertura de Pinotti, sección mecánica de esófago proximal a estenosis y sección mecánica gástrica a nivel de fundus. Apertura incidental pleura derecha. Sección de asa de yeyuno con su meso y ascenso retrocólico hasta mediastino. Anastomosis esófago-yeyunal T-L con sutura mecánica circular de 25 mm, anastomosis yeyunogástrica L-L con sutura mecánica 60 mm y anastomosis yeyunoyeyunal L-L 45 mm. Píloroplastia Heineke-Mickulitz. Dren Blake 19 intramediastínico. Drenaje endotorácico derecho.

Discusión: La técnica de Merendino en sus conceptos básicos es un procedimiento conservador del órgano que permite restablecer una ingesta oral adecuada y que además otorga un margen de seguridad neoplásica a la vez que reduce la morbilidad operatoria, por lo que hay que tenerla presente sobre todo en casos de etiología benigna que solo requieran alivio de la sintomatología. Si bien uno de sus mayores inconvenientes es que requiere de tres líneas de suturas, con el consiguiente riesgo de dehiscencia anastomótica. Además, la elección, disección y transporte del segmento yeyunal merecen una meticulosa atención para preservar el

aporte sanguíneo. La apertura intraoperatorias de una o ambas pleuras no adquiere una significativa relevancia.