



Esofagoplastia retroesternal con colon.

In memoriam a la Dra. María Elena Anzures López

Juan Miguel Abdo Francis

El daño producido en esófago y estómago por la ingesta de cáusticos se asocia a una alta morbimortalidad debida a eventos locales y sistémicos. Las causas de la ingesta pueden ser accidentales, frecuentemente en niños, o voluntarias con fines suicidas, en adultos. Existe un tercer grupo que corresponde a la ingesta criminal o forzada y representa un grupo menor. Se ha informado como motivo de la ingesta suicidio en 79% de los casos, accidental en 9% y en 12% desconocida. Las mujeres tienen mayor riesgo de ingerir una sustancia cáustica (64.4%), siendo ingerida mayormente en forma pura. El conflicto con la pareja es el principal motivo de ingesta cáustica. El 47% de los pacientes son menores de 20 años.

En nuestro país la ingesta de agentes cáusticos es un problema frecuente en pediatría. El Boletín del IMSS para la Región Sur-Sureste del país publicado en septiembre de 2007, informa un incremento en la incidencia del 7 al 14%. Se sabe que 56% de las ingestas se consideran graves y pueden producir estenosis en rangos de 0 a 84%. Cuando éstas no pueden ser rehabilitadas mediante endoscopia, se requiere de corrección quirúrgica.

Las sustancias cáusticas más comúnmente ingeridas son álcalis, como hidróxido de sodio, hidróxido de potasio, carbonato de sodio y potasio, hidróxido de amonio y permanganato de potasio, usados en general para limpieza de cocinas. Estas sustancias pueden presentarse en forma de líquido, cristales o tabletas. Menos frecuente es la ingesta de ácidos de uso industrial como el ácido clorhídrico y sulfúrico, que no están en general disponibles al público. No obstante, estos productos ácidos para limpieza están fácilmente disponibles en algunos países.

La sosa cáustica (conocida como lejía) es el cáustico más ingerido (59-66%) en las diversas series publicadas. La presentación clínica es variada, el dolor abdominal es la principal molestia en estos pacien-

tes. La congestión orofaríngea es el hallazgo más frecuente. El edema e hiperemia de mucosa esofágica y gástrica (Zargar I) son las lesiones endoscópicas mayormente encontradas.

El daño del esófago causado por el cáustico depende fundamentalmente de tres factores: a) la cantidad y concentración del cáustico ingerido; b) del tipo de cáustico ingerido, y c) del tiempo de contacto de éste con el esófago. Habitualmente, las lesiones generadas por la ingesta voluntaria son más graves que la accidental, dado que esta última suele ser de menores cantidades. Los álcalis en contacto con la pared del tubo digestivo producen necrosis por licuefacción, pudiendo ocasionar lesiones en todas las capas del esófago, lo que puede provocar la perforación del órgano o evolucionar a estenosis.

Después de haber transcurrido más de un siglo, desde que Bircher realizara en 1894 el primer reemplazo del esófago cervical por un tubo de piel, y a pesar de los grandes progresos logrados durante el pasado siglo en las sustituciones esofágicas, con segmentos de estómago, yeyuno y colon, es indudable que se mantienen problemas que deben ser solucionados por el cirujano que realiza estas complejas operaciones con el objetivo de lograr adecuados resultados funcionales y estéticos.

Se requiere de la experiencia quirúrgica aunada al conocimiento de la entidad clínica; la esofagoplastia constituye una opción para estos pacientes, la que resulta curativa la mayoría de las veces.

Algunos cirujanos en el mundo como Orringer, Nakayama, Akiyama y otros, se han dedicado a este tipo de cirugía, y presentan resultados aceptables en sus publicaciones.

La técnica quirúrgica más empleada en la actualidad es la esofagocoloplastia o faringocoloplastia, con transposición de un segmento colónico irrigado por la arteria cólica izquierda, rama de la mesentérica

inferior; quedando ubicado el segmento colónico transpuesto en posición retroesternal.

En agosto de 1952, Scalop realizó en América el primer injerto de colon intratorácico. A tan sólo seis años de distancia, en 1958 cuando Scalop publicó su experiencia de 19 casos, en México una pionera de la cirugía, la Dra. María Elena Anzures López realizó esta técnica con éxito el 15 de octubre de 1958. Sus resultados son publicados en nuestra Revista de la Sociedad Médica. Cuatro años después se lleva a cabo el procedimiento en La Habana, Cuba y en 2001 publican su experiencia con 230 casos realizados durante 38 años. Treinta años tienen que pasar para que se realice por vez primera la esofagocoloplastia en Perú. Esta comparación con países hermanos de Latinoamérica permite evaluar en su total dimensión la visión de futuro y el alcance que en cirugía logró la Maestra Anzures.

Las primeras cirugías en México se realizaron con segmento de colon derecho y posteriormente se procedió a utilizar colon izquierdo con técnica retroesternal, que hasta la fecha se emplea con éxito.

El camino iniciado por María Elena Anzures López creó una escuela en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México que perdura hasta la fecha, siendo un sitio de referencia para el manejo de pacientes adultos quemados de esófago por la ingestión de cáusticos.

Correspondencia:

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Hospital General de México
Servicio de Gastroenterología
Tel: 27 89 20 00 ext. 1043