

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA ENFERMEDAD ESOFÁGICA: DOS CASOS COMPLEJOS

DAVID SOLINAS¹, NICOLE MIRAGLIA¹, MAURICIO G. RAMIREZ¹, ADOLFO E. BADALONI¹,
ALEJANDRO BERTOLOTTI², ALEJANDRO NIEPONICE¹

¹Unidad Esofago, ²Departamento de Trasplante Cardíaco y Pulmonar,
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Alejandro Nieponice, Fundación Favaloro, Belgrano 1746, 1093 Buenos Aires, Argentina

E-mail: anieponi@ffavaloro.org

Recibido: 6-III-2024

Aceptado: 25-VI-2024

Resumen

Las enfermedades del esófago pueden presentar una incidencia y prevalencia extremadamente baja. Por lo tanto, es fundamental contar con equipos multidisciplinarios que incluyan cirujanos especializados en afecciones esofágicas, con un alto volumen de casos, para garantizar un diagnóstico y manejo adecuados.

En este estudio, se analizan casos de enfermedad esofágica con resultados satisfactorios y una resolución atípica. La falta de derivación a especialistas a tiempo puede llevar a una ausencia de diagnóstico o una baja calidad de vida para los pacientes.

Estos hallazgos subrayan la importancia de disponer de cirujanos especializados en esófago y equipos multidisciplinarios para asegurar la mejor atención posible para los pacientes.

Palabras clave: disfagia, lusoria, esófago, coloplastia, interposición yeyunal, esofagectomía

Abstract

**Multidisciplinary management of esophageal affections:
Two challenging cases**

Esophageal pathologies can exhibit extremely low incidence and prevalence rates. Therefore, it is essential to have multidisciplinary teams including surgeons specialized in esophageal pathology, with a high caseload, to ensure proper diagnosis and management.

This manuscript presents a series of esophageal pathology cases with favorable outcomes and atypical resolution for non-specialized groups. However, failure to refer to specialists in a timely manner can result in missed diagnoses or poor quality of life for patients.

These findings underscore the importance of having surgeons specialized in esophageal pathology and multidisciplinary teams to provide the best possible care for patients.

Lusoria dysphagia (LD) is a condition caused by vascular compression of the esophagus, resulting from the most common embryological vascular abnormality of the aortic arch: the aberrant right subclavian artery (ARSA) or lusoria artery (LA). This variant occurs in 0.5 to 2.5% of individuals.

Necrosis of the gastric tube following an esophagectomy is a rare complication with a high mortality rate. Esophageal replacement with coloplasty is the preferred technique for a second attempt at reconstruction. However, this remains a complex surgery with a high rate of complications.

Key words: dysphagia, lusoria, esophagus, coloplasty, jejunal graft, esophagostomy

Debido a su compleja localización anatómica y baja frecuencia, las enfermedades quirúrgicas del esófago representan un gran desafío para los

cirujanos generales, por eso, debe ser manejada por especialistas.

En este trabajo presentamos dos casos de patología esofágica que requirieron un abordaje multidisciplinario que involucró a cirujanos cardiovasculares, de trasplante, y de esófago.

Los adelantos en los procedimientos mini-invasivos, el desarrollo de métodos diagnósticos, nuevas técnicas y abordaje multidisciplinario posibilitaron un manejo más rápido y seguro.

La disfagia lusoria (DL) es una entidad provocada por la compresión vascular del esófago, a consecuencia de la anomalía vascular embriológica del arco aórtico más común: la arteria subclavia derecha aberrante (A.S.D.A) o arteria lusoria (AL). Esta variante ocurre en 0.5 a 2.5% de los individuos^{1,2}. La necrosis del tubo gástrico posterior a una esofagectomía, es una complicación rara con alta tasa de mortalidad. El reemplazo esofágico con coloplastia es la técnica preferida como segundo intento de reconstrucción. Sin embargo, ésta no deja de ser una cirugía compleja con elevada tasa de complicaciones.

Caso clínico 1

Hombre de 51 años sin antecedentes de relevancia, que consultó al servicio de gastroenterología por disfagia progresiva de sólidos a líquidos y dolor torácico a la deglución de 6 meses de evolución.

Se realizó radiografía seriada esófago-gastro-duodenal, en la cual se visualizaba impronta extrínseca en cara posterior esofágica y pequeña hernia hiatal por deslizamiento. La endoscopia no reveló datos de relevancia.

Debido a la sospecha clínica de DL se realizó una angiografía de tórax (Fig. 1) que puso en evidencia una ASDA retro-esofágica, sin dilataciones aneurismáticas y sin dilatación esofágica.

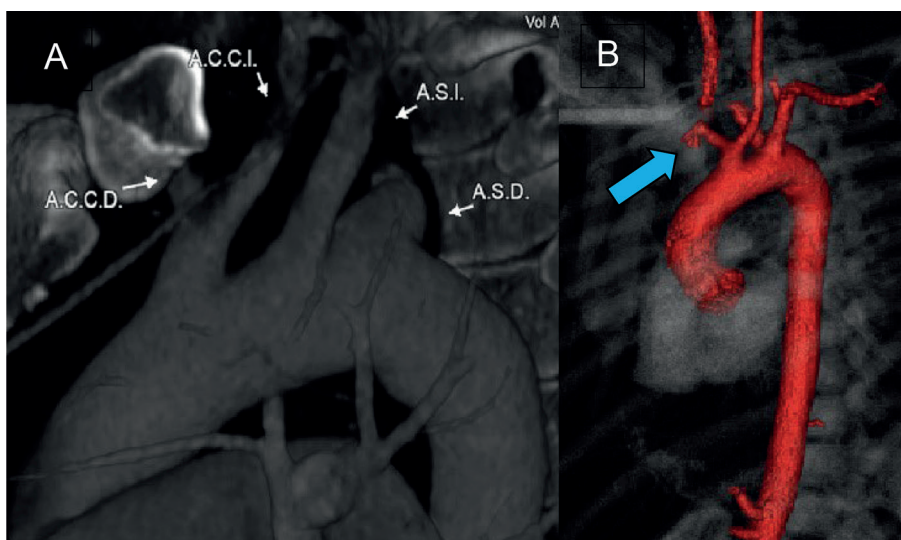
Finalmente, mediante aortograma torácico y arteriografía de vasos de cuello (Fig. 2) se constató la suficiencia del polígono de Willis y, como único hallazgo relevante, una arteria subclavia derecha naciente de la aorta torácica.

En base a los estudios realizados, se decidió en ateneo multidisciplinario conducta quirúrgica. Para facilitar la intervención de los equipos, se fabricó un modelo 3D de la anatomía vascular del paciente (Fig. 1).

Se realizó intubación bronquial selectiva y abordaje por toracotomía posterolateral derecha a nivel del 4° espacio intercostal con resección parcial del 5° arco costal. Se identificó la arteria subclavia aberrante en mediastino posterior, se disecó el esófago supra-ácigos hasta encontrar el cayado aórtico y la A.S.D.A, además se identificó y ligó la vena linfática.

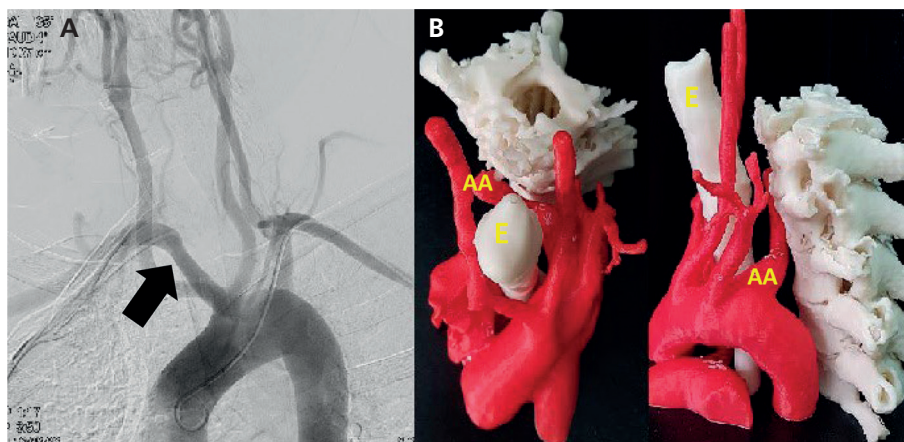
Habiendo expuesto la A.S.D.A se procedió a la disección de arteria carótida derecha en mediastino posterior y se confeccionó con sutura de polipropileno 5.0 cierre de la A.S.D.A en su nacimiento con posterior anastomosis

Figura 1 | A: Reconstrucción tomográfica aórtica. B: Reconstrucción tomográfica aórtica. Se puede apreciar el nacimiento del tronco bicarotico, de la subclavia izquierda y de la subclavia derecha aberrante (flecha)



A.C.C.D: arteria carótida común derecha; A.C.C.I: arteria carótida común izquierda; A.S.I: arteria subclavia izquierda; A.S.D: arteria subclavia derecha

Figura 2 | A: Aortograma torácico y arteriografía de vasos de cuello. Se puede visualizar arteria subclavia derecha naciendo de la aorta (flecha). B: Modelo 3D de la anatomía vascular del paciente. y la ausencia de tronco braquiocefálico derecho



E: esófago; AA: arteria aberrante

subclavio-carotídea con polipropileno 5.0 clampeo total de 18 minutos.

El control postoperatorio inmediato se realizó en unidad cerrada, donde fue extubado a las 4 horas y trasladado a sala general al día siguiente. Se retiró el tubo de avenamiento pleural al segundo día y fue externado al tercer día.

Cumplido el primer mes post procedimiento, se realizó angiografía de control, evidenciando anastomosis permeable, sin dilatación aneurismática. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático.

El consentimiento informado fue debidamente recolectado y se cuenta con autorización por parte del paciente para la publicación del caso.

Caso clínico 2

Hombre de 72 años, sin antecedentes de relevancia que consultó por un adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica cT2N0M0. Realizó quimio-radioterapia neoadyuvante con posterior esofagectomía mínimamente invasiva con técnica de Ivor Lewis.

En el tercer día postoperatorio, presentó fiebre, taquicardia y leucocitosis. Se realizó una endoscopia digestiva alta que objetivó necrosis del tubo gástrico; por lo que se decidió resección de la gastropatía y esofagostomía. En el postoperatorio, evolucionó de forma favorable y fue externado al quinto día. Luego de lo cual fue derivado a nuestro grupo para reconstrucción del tránsito.

Al quinto mes, se planificó reconstrucción del tránsito con colon transverso por vía retroesternal. En el intraoperatorio, durante el ascenso colónico, se constató mala vascularización del extremo a anastomosar, por lo que se decidió diferir la anastomosis y ostomizar el colon a nivel cervical próximo a la esofagostomía previa.

Luego de 9 meses, se planificó un nuevo procedimiento para intentar completar la anastomosis esófago-colónica. Durante la disección del colon interpuesto se evidenció fibrosis completa del extremo distal, el cual al ser resecado imposibilitaba una anastomosis libre de tensión.

Se interconsultó en el intraoperatorio con los equipos de cirugía cardiotorácica y cirugía de trasplante. En forma conjunta se planificó un autoinjerto de asa yeyunal pediculada.

Se realizó una esternotomía para disección de la porción colónica afectada hasta hallar tejido sano, resecando luego aproximadamente 10 cm de colon.

Se aisló una porción yeyunal de 15 cm con pedículo vascular de arteria y vena. Previa heparinización y preparación en banco con solución de preservación se realizó un autotransplante heterotópico anastomosando la arteria y vena yeyunal con la arteria mamaria interna y tronco innominado confeccionando una anastomosis esófago-yeyuno-colónica pediculada.

Sin mediar complicaciones, el paciente fue dado de alta al quinto día postoperatorio. Continuó con alimenta-

ción enteral hasta el séptimo día que inició alimentación vía oral con adecuada progresión.

A los dos meses, requirió dos dilataciones endoscópicas con bujías por estenosis anastomótica leve, con buena evolución.

En la actualidad el paciente tolera dieta general, se encuentra asintomático en control y seguimiento por su patología de base.

El consentimiento informado fue debidamente recolectado y se cuenta con autorización por parte del paciente para la publicación del caso.

Discusión

La enfermedad esofágica es cada vez más frecuente. Enfermedades que antes eran tratadas por cirujanos generales, hoy, requieren del manejo de especialistas.

En los casos presentados, se destaca la importancia de reconocer causas poco comunes, como la disfagia lusoria, en síntomas que a menudo llevan a los pacientes a consultar a médicos de atención primaria de la salud. Asimismo, se subraya la necesidad de soluciones complejas para tratar complicaciones postquirúrgicas, como la interposición yeyunal pediculada en una coloplastia corta.

En el primer caso, el manejo en grupos con poca experiencia podría resultar en un paciente con disfagia crónica sin resolución ya que los estudios vasculares podrían no haber sido pedidos por la falta de conocimiento de esta entidad³. La disfagia lusoria es una patología infrecuente que debe ser sospechada para ser diagnosticada y poder brindar una solución a los síntomas del paciente. Su manejo dependerá de los síntomas y la gravedad de los mismos.

En 1946 Gross reportó la primera resolución quirúrgica de la disfagia lusoria en un bebé de 4 meses con imposibilidad para alimentarse con excelentes resultados⁴ mientras que algunas series informan manejo médico con cambios higiénico-dietéticos con buenos resultados.

Bennett y col. informaron sobre un paciente de 5 años con disfagia, sin diagnóstico, ya que los estudios que se solicitan habitualmente para el estudio de la disfagia no arrojaban resultados patológicos³, haciendo explícita la necesidad de conocer entidades infrecuentes de síntomas comunes y la necesidad de abordar la patología

esofágica con especialistas en cirugía vascular para evaluar el mejor manejo para cada paciente.

En el segundo reporte de caso, se aprecia una solución no convencional para un problema que muchos cirujanos temen -la imposibilidad de una anastomosis libre de tensión-.

Cuando surgen complicaciones en la elevación gástrica después de una esofagectomía, se desata un amplio debate entre los grupos médicos en todo el mundo acerca de cuál es el sector del tubo digestivo (colon derecho, izquierdo o yeyuno) que mejor sirve de reemplazo a la gastroplastia⁴⁻⁶. Los equipos con escasa experiencia en tales complicaciones enfrentan un considerable desafío, ya que este tipo de cirugías suelen ser muy desafiantes incluso para equipos de alto volumen.

La coloplastia suele ser la opción más difundida en la comunidad para la reconstrucción en esta situación, siendo esta una cirugía que puede llegar a un índice del 14% o superior de necrosis⁶. Desde que Roux utilizó el yeyuno en 1900 y Longmire describió su pediculización, este órgano ha sido adoptado por muchos grupos como la primera alternativa al estómago para reemplazar el esófago^{6,7}.

Los autores no han podido encontrar bibliografía prospectiva aleatorizada que permita conocer los beneficios de un tipo de reconstrucción (yeyuno vs. colon) sobre otro. En el caso presentado se realizó, ante la eventualidad de un acortamiento de la coloplastia de 10 cm, una interposición yeyunal pediculada con buen resultado postoperatorio hasta la actualidad.

El contar con un equipo de cirugía esofágica experimentado permite conocer las distintas alternativas de resolución para situaciones complejas y de baja prevalencia, que a su vez se encuentran escasamente publicadas en la bibliografía. También es de vital importancia confeccionar un equipo que involucre a distintas disciplinas para lograr un correcto manejo multidisciplinario.

Agradecimientos: Los autores desean agradecer a los Dres. Diego Ramisch y Pablo Farinelli, integrantes del servicio de trasplante multiorganico de Fundación Favaloro quienes participaron en el caso en el proceso de autoinjerto yeyunal.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Myers PO, Fasel JHD, Kalangos A, Gailloud P. Arteria lusoria: Embryologie, aspects cliniques, radiologiques et chirurgicaux. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2010; 59: 147-54.
2. Molz G, Burri B. Aberrant subclavian artery (arteria lusoria): Sex differences in the prevalence of various forms of the malformation - Evaluation of 1378 observations. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol* 1978; 380: 303-15.
3. Bennett AL, Cock C, Heddle R, Morcom RK. Dysphagia lusoria: A late onset presentation. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 2433-6.
4. Gross RE. Surgical treatment for dysphagia lusoria. *Ann Surg* 1946; 124: 532-4.
5. Brown J, et al. Colonic interposition after adult oesophagectomy: systematic review and meta-analysis of conduit choice and outcome. *J Gastrointest Surg* 2018; 1104-11.
6. Bakshi A, Sugarbaker DJ, Burt MB. Alternative conduits for esophageal replacement. *Annals Cardiothorac Surg* 2017; 6: 137-43.
7. Longmire WP Jr, Ravitch MM. A new method for constructing an artificial esophagus. *Ann Surg* 1946; 123: 819-35.