
Sesión del día 17 de abril de 1974

RESULTADOS TARDIOS DE LA OPERACION DE THAL

J. CURTO CARDÚS, A. SITGES CREUS, J. SÁNCHEZ ORTEGA,
B. NIETO MARTÍNEZ

THAL y HATAFUKU dan a conocer la operación que lleva su nombre en 1964, utilizando la plastia de cámara gástrica para tratar una perforación del esófago distal en un paciente afecto de síndrome de Boerhaave.

En el año 1965, publican esta técnica, destinada a resolver las estricturas benignas del esófago terminal.

Personalmente, consideramos la operación de Thal de un valor lógico considerable, ya que de una manera simple puede resolver la pérdida de substancia creada por la sección de la estrictura a la vez que facilitar una «pared» al esófago y reconstruir la unión esófago-gástrica.

Durante el año 1966 tuvimos ocasión de presenciar la intervención en el Hospital Beaujon, y la llevamos a cabo por primera vez en un paciente afecto de una estenosis por esofagitis péptica el 22 de julio de 1969. Desde entonces hemos venido utilizando esta operación en un número determinado de casos siguiendo una indicación concreta en relación con estenosis orgánicas, cortas en longitud, y situadas en el esófago terminal.

Los resultados postoperatorios de la intervención de Thal han sido muy favorables, pero la incógnita persiste cuando nos preguntamos cuáles serán los mismos a distancia, en una intervención realizada en la encrucijada esófago-gástrica con las posibilidades consecuentes de provocar reflujo o de mantenerlo en los casos de esofagitis péptica, con el consiguiente cortejo de síntomas y futuras complicaciones.

Hace aproximadamente un año tuvimos referencias a través de contactos con otros cirujanos, del hallazgo de nuevas estenosis en los operados por esofagitis, en el transcurso del primero y segundo año de la operación de Thal, las cuales les habían obligado a reintervenir algunos pacientes.

Este problema que de por sí podría invalidar una operación al parecer de gran utilidad, ha sido el motivo del estudio de seis casos de operados según la técnica de Thal cuyo tiempo desde la intervención oscila desde los tres a los cinco años.

Se ha llevado a cabo la revisión clínica de los mismos, ya sea por contacto personal o mediante carta siguiendo un cuestionario de preguntas que detallamos a continuación:

CUESTIONARIO:

- ¿Se encuentra mejor o peor que antes de operarse?
- ¿Ha ganado o perdido peso? ¿Cuántos Kg.?
- ¿Trabaja con normalidad o ha tenido que cambiar de ocupación?
- ¿Está sometido a régimen o come de todo?
- ¿Duerme incorporado o echado?
- ¿Nota sensación de acidez o quemazón en el trayecto del esófago?
- ¿Se atraganta con frecuencia?
- ¿Nota dolor al tragar?
- ¿Salivea en cantidad exagerada?
- ¿Ha visto la saliva manchada de sangre?
- ¿Vomita?
- ¿Ha sacado sangre en el vómito?
- ¿Tiene hipo con frecuencia?
- ¿Eructa con frecuencia?
- ¿Tose al atragantarse?
- ¿Las molestias son continuas o a temporadas?

En algún caso hemos podido, además de este control clínico, realizar un control radiológico y en uno de ellos se ha practicado control clínico, radiológico y endoscópico.

Caso I: Paciente S. E. M. Varón, 49 años.

Desde hace cinco años nota regurgitaciones ácidas al estar acostado. Estas molestias han ido acentuándose con pirosis marcada y dolor retroesternal. Un informe radiológico practicado el 17-IV-1969 dice: Gran hernia hiatal por deslizamiento. Reflujo. Discreta estenosis supraherniaria.

Es operado por otro equipo quirúrgico el día 24-IV-1969. Operación: Incisión media supraumbilical. Reducción de la hernia. Cierre de los pilares por delante del esófago. Cierre del ángulo de His. Pared por planos.

Fue dado de alta el 8-V-1969.

Vemos al paciente el día 13-VIII-1969. Desde que fue dado de alta ha empeorado intensificando su disfagia de modo alarmante.

Radiológicamente (figs. 1 y 2) nos hallamos ante un braquiesófago con estenosis, dilatación supraestructural y probable úlcera por esofagitis.

Operación (22-VII-1969): Toracotomía izquierda a nivel de la sexta costilla con exéresis de la misma. Disección del esófago y estómago que se halla en parte en el tórax. Frenotomía. Sección longitudinal del esófago

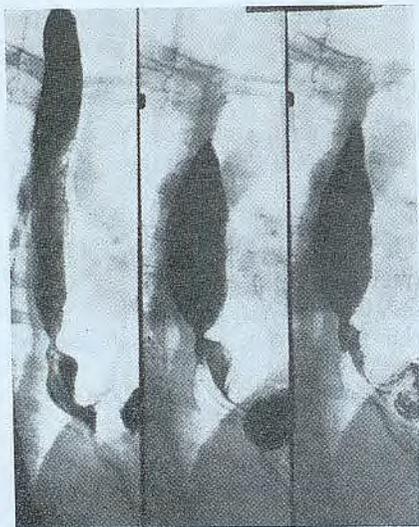


FIG. 1

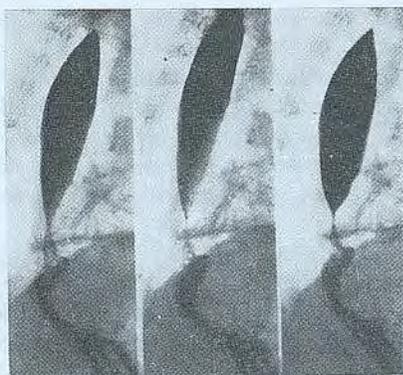


FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4

estrictral. Braquiesófago. Hernia hiatal. Estenosis en el límite mucoso esófago-gástrico con úlcera en el borde de ambas mucosas. Periesofagitis. Gran cantidad de adenopatías. Biopsia peroperatoria del borde ulceroso y de una adenopatía mediastínica (nada maligno). Se lleva a cabo un «patch» a expensas de la cúpula según el proceder de Thal. Curso posoperatorio correcto.

Control radiológico (figs. 3 y 4): Se aprecia paso correcto a estómago. No disfagia.

Revisión actual:

A) Clínica: El paciente se encuentra mejor, sobre todo porque no ha tenido dolor desde que se operó. Ha ganado peso, unos dos Kg. Trabaja normalmente en la misma ocupación. No toma picantes, salados ni bebidas alcohólicas. Tiene sensación de agrios retroesternal, desde después de operarse. Cuando el bolo alimenticio es grande presenta cierta dificultad al tragar. Alguna vez, muy espaciadamente, ha tenido que vomitar.

B) Radióloga (figs. 5, 6 y 7): Existe paso bueno a estómago pero con cierta estenosis a nivel del esófago terminal. Discreta dilatación esofágica supra estrictural. Reflujo marcado.

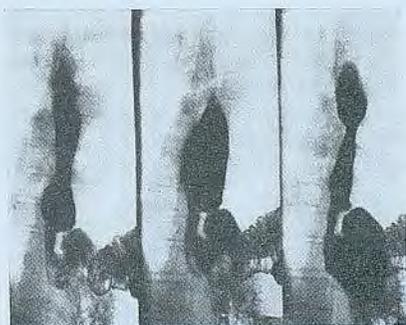


FIG. 5

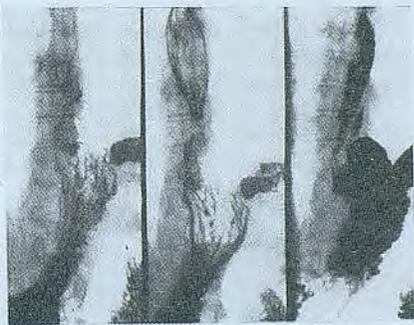


FIG. 6

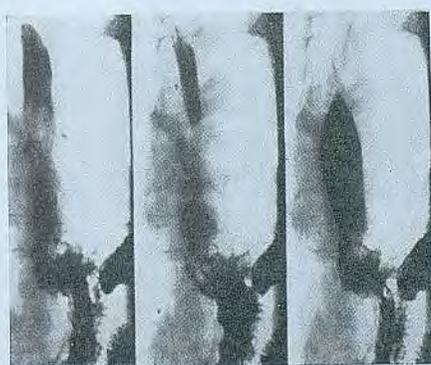


FIG. 7



FIG. 8

C) Endóscopa (Dr. MIQUEL COLLELL): Esófago normal hasta 15 cm. de arcada dentaria en que se aprecia la iniciación de una esofagitis de reflujo de unos 5 cm. de extensión. Biopsia.

A unos 30 cm. se inicia una estenosis parcial de unos 0,8 cm. presentando a partir de aquí mucosa de aspecto de transición.

Caso II: Paciente C. T. F. Mujer, 61 años.

La enferma venía aquejando desde hacía siete años pirosis postprandial. Últimamente se intensifica la pirosis, presentando regurgitaciones ácidas y disfagia.

El 1-III-1968 la paciente presenta una hematemesis. La radiología (fig. 8) confirma el cuadro clínico permitiendo apreciar una hernia hiatal. El equipo quirúrgico que a la sazón la trataba decide su operación que se lleva a cabo el 7-III-1968. Laparotomía pararrectal izquierda. Sección de ligamento triangular y visualización del lóbulo izquierdo del hígado. Reducción de la hernia. Sutura de los pilares. Cierre del ángulo de His. La paciente es dada de alta el 10-IV-1968 pero en el «dossier» postoperatorio se hace constar que sigue con molestias por esofagitis. La paciente continúa con molestias aumentando su disfagia, alternando con pérdidas hemáticas en las regurgitaciones hasta el 7-IX-1969 fecha en que la vemos por primera vez.

La radiología (figs. 9 y 10) hace pensar que nos hallamos ante un braquiesófago con estenosis en el segmento infraaórtico por esofagitis, con hernia hiatal y posible úlcera en el límite de ambas mucosas.

Operación (6-VIII-1969): Toracotomía izquierda sobre la séptima costilla con exéresis de la misma. Disección del esófago. Frenotomía. Movilización de la cúpula gástrica. Sección longitudinal del esófago por encima de

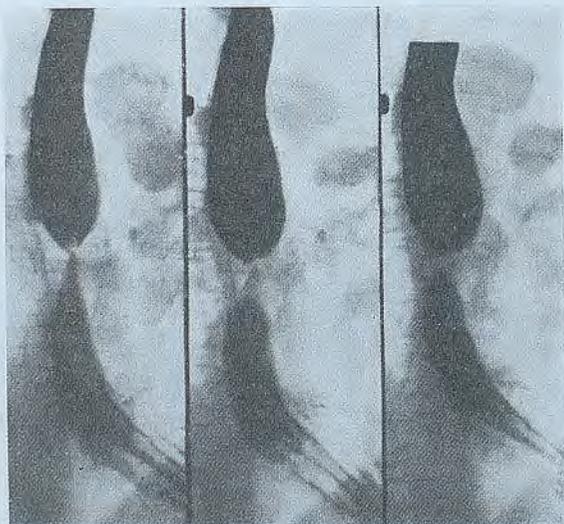


FIG. 9

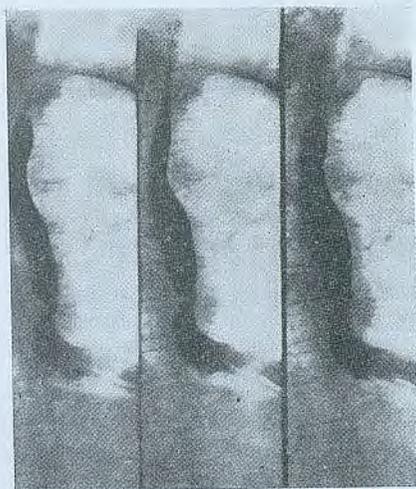


FIG. 10



FIG. 11



FIG. 12

la estrictura llegando hasta el cardias. Hallamos una ulceración en el límite de ambas mucosas. Se procede al cierre del esófago con «patch» gástrico según el proceder de Thal. Postoperatorio normal (figs. 11 y 12).

Revisión actual:

A) Clínica: Después de la intervención la paciente siguió aquejando discreta disfagia a los sólidos. Por supuesto esta disfagia era menor que antes de ser operada. No ardor ni acidez. No presentó dolor. No pérdidas hemáticas. Aumentó varios Kg. de peso. En ciertas ocasiones, cuando ingería carne, presentó náuseas y algún vómito espaciado.

La enferma falleció el 7-X-1972 de una embolia cerebral.

Caso III: Paciente M. F. D. Mujer, 46 años.

Disfagia para los sólidos desde hace doce años. Fue tratada con dilataciones sin ningún resultado. Actualmente disfagia total. La radiología (fig. 13) muestra megaesófago y estenosis.

Intervención (28-X-1969): Toracotomía sobre la séptima costilla. Liberación del esófago hasta la altura de la v. pulmonar inferior. Incisión y apertura del esófago sobrepasando ampliamente la estenosis. Plastia de Thal.

El control radiológico postoperatorio confirma perfecto paso del contraste (fig. 14).

Revisión actual:

A) Clínica: La paciente no aqueja disfagia ni pirosis. Estado plenamente satisfactorio.

B) Radióloga: No estenosis. Correcto paso a estómago.



FIG. 14

Caso IV: Paciente F. P. Mujer, 41 años.

Historia de disfagia desde hace 20 años. Hace dos años hematemesis y melenas. Radiológicamente presenta megaesófago por acalasia y ulcus duodenal.

Operación (14-III-1970): Se intenta operación de Heller. Se perfora la mucosa esofágica, y se decide ante esta eventualidad la práctica de una operación de Thal.

Se trata el ulcus duodenal mediante una gastrectomía a lo Billroth I.

Revisión actual:

A) Clínica: La paciente se encuentra mucho mejor que antes de la operación. Ha ganado dos Kg. de peso. No presenta pirosis ni disfagia. En una sola ocasión se atragantó, lo cual le obligó a vomitar. Ligeramente «dumping» post gastrectomía.

B) Radiológica: Paso correcto a estómago. Buen vaciamiento.

Caso V: Paciente J. C. Varón, 62 años.

En el año 1930 debuta con disfagia a los sólidos. La agravación de sus molestias le obliga a la práctica de una operación de Heller en 1946. Después de esta intervención se le tienen que practicar varias dilataciones forzadas (1949).

Radiológicamente presenta un megaesófago con estenosis de carácter orgánico. Operación (31-VIII-1970). Vía abdominal. Previa laboriosa disección del esófago se descubre una rigidez en este órgano de unos 3 cm. de extensión, con una pared de 0,5 cm. de grosor. Incisión del esófago de igual longitud a la del estómago. Plastia de Thal. Gastrostomía.

Revisión actual:

A) Clínica: El paciente se encuentra muy mejorado. Su estado es plenamente satisfactorio y no ha tenido nunca disfagia ni pirosis.

Caso VI: Paciente V. S. Mujer, 59 años.

Hace más de 20 años que padece disfagia, habiendo requerido varias dilataciones forzadas, sin éxito alguno. Fue intervenida sin mejoría alguna. Hace ocho años es nuevamente intervenida, sin poder especificar qué tipo de intervención se practicó. Desde entonces continúa con cateterismos periódicos por persistencia de la disfagia. Se decide la operación por megaesófago con estenosis de tipo orgánico.

Operación (9-II-1971). Vía abdominal. Disección del esófago engrosado, escleroso y fijo. Sección longitudinal de unos 4 cm. de esófago y unos 3 cm. de estómago. Plastia de Thal. Gastrostomía.

Revisión actual:

A) Clínica: Se encuentra mucho mejor que antes de operarse. Ha aumentado 12 Kg. de peso. Algunas veces nota pirosis. No disfagia ni vómitos.

CONCLUSIONES. — La operación ha conseguido la mejoría clínica de todos los pacientes. Anotamos ciertas diferencias en cuanto a los resultados en aquellos enfermos que fueron operados por padecer una esofagitis de reflujo, en comparación con los que padecían una estenosis por acalasia.

En los primeros el reflujo persiste y clínicamente padecen pirosis. La estenosis ha mejorado de modo que aún en el peor de los casos (observación I) a los cinco años de la operación el paciente vive con mayor confort que antes de operarse a pesar de mantener cierto grado de estenosis.

Consideramos que la indicación en los casos de acalasia que no ha cedido al tratamiento conservador ni a la operación de Heller, está subrayada por sus magníficos resultados. En cuanto a la Esofagitis Péptica, los resultados no son tan halagüeños, pero actualmente consideramos debe continuar practicándose la operación ya que de no ser así sólo nos queda el recurso en los casos de verdadera estenosis de llevar a cabo una resección esófago-gástrica con anastomosis alta, operación que aparte de su mayor mortalidad y morbilidad tampoco está probado que nos ponga al amparo de un nuevo reflujo y estenosis.

*Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social
«Principes de España». Barcelona.*