

## ESTENOSIS ESOFAGICA BENIGNA 1978-1988

*Mauren Murillo Jiménez\**

*Graciela Cortés Ramos\*\**

*Mario Barba Figueroa\*\*\**

### INTRODUCCION

Las estenosis esofágicas benignas, siguen representando un reto en cuanto a su manejo. Actualmente la tendencia es a la prevención de esta patología. Entre las causas más frecuentes están: Reflujo Gastro Esofágico por enfermedad Acido Péptica, Quemaduras por cáusticos, perforaciones traumáticas e iatrogénicas, y estenosis secundarias a procedimientos quirúrgicos. Este trabajo consiste en la revisión retrospectiva de 32 casos que se egresan con Diagnóstico de Estenosis Esofágica Benigna durante un período de 10 años, de 1978 a 1988 en el Hospital San Juan de Dios, así como valorar los métodos diagnósticos, manejo médico y quirúrgico.

### MATERIALES Y METODOS

Se revisa los expedientes de 32 pacientes con Diagnóstico de egreso de Estenosis esofágicas benignas, que corresponden a 10 años desde 1978 a 1988 en el Hospital San Juan de Dios. De estos pacientes 13 (40.63%) eran mujeres y 19 (59.38%) eran hombres (ver tabla 1). Las edades oscilaron entre los 11 y los 90 años, con un promedio de edad en el rango de los 71 a los 80 años (ver tabla 2).

**Tabla 1  
DISTRIBUCION DE LA ESTENOSIS  
ESOFAGICA BENIGNA SEGUN SEXO**

	Número	Porcentaje
Masculino	19	59.38
Femenino	13	40.62

**Tabla 2  
DISTRIBUCION DE LA ESTENOSIS  
ESOFAGICA BENIGNA SEGUN EDAD**

	Número	Porcentaje
1-10	0	0
11-20	1	3.12
21-30	4	12.50
31-40	3	9.38
41-50	6	18.75
51-60	5	15.62
61-70	3	9.38
71-80	9	28.12
>=81	1	3.12

Del total de pacientes 17 requirieron dilataciones (53.12%), 9 pacientes se manejaron médicamente (28.12%), 8 pacientes requirieron procedimiento quirúrgicos (24.99%), de los 8 pacientes sometidos a cirugía a 6 se les hizo resección (18.75%), y a un pacientes (3.12%) se le realizó un procedimiento antirreflujo, y a otro paciente se le realizó gastrostomía (3.12%) (ver tabla 3).

\* Cirujano General Hosp. Monseñor Sanabria, Puntarenas.

\*\* Cirujano General Hosp. San Juan de Dios.

\*\*\* Cirujano General Asistente Unidad Emergencia Quirúrgicas H.S.J.D.

**Tabla 3**  
**DISTRIBUCION DE LA ESTENOSIS**  
**ESOFAGICA**  
**SEGUN TRATAMIENTO**

	Número	Porcentaje
Médico	9	28.12
Dilatación	17	53.12
Resección	6	18.75
Procedimiento		
Antirreflujo	1	3.12
Gastrostomía	1	3.12

En cuanto a métodos diagnósticos el más utilizado fue la endoscopia en un 100% de los casos. La localización de la lesión fue a nivel de esófago cervical 4 (12.5%), medio 9 (28.12%), inferior 18 (56.25%) y compromiso de todo el esófago 1 caso (3.12%) (ver tabla 4). El estudio radiológico se realizó en 24 casos (75%).

**Tabla 4**  
**DISTRIBUCION DE LA ESTENOSIS**  
**ESOFAGICA**  
**SEGUN METODO DE DIAGNOSTICO**

	Número	Porcentaje
Radiológico	24	75.00
Endoscopia	32	100.00
Superior	4	12.50
Inferior	18	56.25
Medio	9	28.12
Todo esófago	1	3.12

## RESULTADOS

### a- Pacientes:

Se analizaron 32 casos de estenosis esofágica benigna entre 1978 hasta 1988 (10 años). La distribución por fechas de ingreso menor durante los primeros cuatro años del estudio, a partir de 1982 existe un incremento en el número de casos, que tiene su más alta incidencia en 1985

con nueve casos. El promedio de días de estancia total fue de 20.47 días, presentándose que ocho pacientes (25%) requirieron entre once a quince días de estancia. La distribución por sexo correspondió a 19 hombres (59.38%) y 13 mujeres (40.27%).

### b- Etiología:

Dentro de las causas de estrechez esofágicas benignas que se analizaron en los expedientes están:

- 1- Antecedentes de Enfermedad Acido Péptica en un total de 18 pacientes para un porcentaje de (56.25%).
- 2- Con cirugía esofágica previa siete casos para un porcentaje de (21.88%).
- 3- Ingesta de cáusticos seis pacientes correspondiendo a (18.75%).
- 4- Deglución de cuerpo extraño dos casos (6.25%).
- 5- Anillo de Schatzky dos casos para un porcentaje de (6.25%).
- 6- Síndrome de Barret un caso (3.12%). (ver tabla 5).

**Tabla 5**  
**DISTRIBUCION DE LA ESTENOSIS**  
**ESOFAGICA**  
**BENIGNA SEGUN HISTORIA CLINICA**

	Número	Porcentaje
Antecedente		
Enf. Péptica	18	56.25
Disfagia	23	71.88
Pirosis	10	31.25
Reflujo GE	12	37.50
Regurgitación	13	40.62
Cir. Esofágica Previa	7	21.88
Disf. a Sólidos	19	59.38
Tos	5	15.62
Bronquitis	3	9.38
Neumonía	2	6.25
Deglución Cuerpo Ex.	2	6.25
Agente Cáust.	6	18.75
An. Schatzky	2	6.25
Síndr. Barret	1	3.12

### c- Síntomas Asociados

Entre los síntomas asociados el que con mayor frecuencia se presentó fue disfagia en 23 pacientes (71.88%), disfagia a sólidos 19 pacientes representan un 59.38%, regurgitación 13 pacientes (40.62%), reflujo gastroesofágico 12 casos para un 37.50%, pirosis en diez pacientes (31.25%), tos en cinco pacientes correspondiendo a 15.62%, bronquitis 3 casos (9.38%), neumonía 2 pacientes (6.25%). Las complicaciones presentadas secundarias al método de tratamiento más usado que fue la dilatación, consistieron en perforación un caso siendo el 3.12%, sangrado tres casos (9.38%) y recidiva siete casos (21.88%), haciendo notar que ninguno de los pacientes a los que se les realizó un procedimiento quirúrgico de resección y/o antirreflujo recidivó.

### ANALISIS DE RESULTADOS

Etiología entre las causas encontramos que son similares en incidencia a las reportadas por otros autores, aproximadamente 10-15% de los pacientes que se refieren con clínica de reflujo sintomático tiene una estrechez establecida (1). Los datos de ingesta de café, alcohol y meta no permitieron ser correlacionados pues no se consignan en los expedientes. Si comparamos nuestros datos en cuanto a síntomas clínicos con los reportados por Olarte (8) (ver tabla 6).

**Tabla 6**  
**SINTOMAS ASOCIADOS CUADRO**  
**COMPARATIVO**

	Hospital San Juan de Dios	Hospital San Vicente de Paul
Disfagia	71.88%	—
Disfagia a sólidos	59.38%	40%
Regurgitación	40.62%	75%
Pirosis	31.62%	92%
Síntomas respiratorios (neumonía, bronquitis, tos)	31.25%	61%

### MANEJO

La tendencia es la misma observada en otros autores, de los 32 pacientes 10 se manejan médicamente (31.25%), 17 requieren dilataciones (53.12%) y 8 pacientes requieren de procedimiento quirúrgico (25%). Llama la atención que solo a un paciente se le realizó ascenso de Colon y que no hubo ningún caso de ascenso gástrico o tubo gástrico revertido. Desafortunadamente, no se realizaron estudios manométricos, ni determinaciones de acidez, lo cual nos impide realizar un análisis más adecuado en cuanto a la validez del procedimiento quirúrgico realizado. Las complicaciones presentadas fueron secundarias a dilataciones, perforación 1 caso (3.12) que es un porcentaje relativamente bajo, sangrado 3 casos (9.38%) y recidiva en 7 casos (21.88%): las recidivas son una complicación frecuente de esperar en este tipo de pacientes.

### CONCLUSION:

Al realizar una revisión retrospectiva de expedientes pretendemos reiterar la importancia que tiene el establecer protocolos para la obtención de datos verdaderamente confiables. El manejo de la patología esofágica sigue representando un gran reto en nuestro medio. La historia de la cirugía del esófago surgió en los inicios del siglo veinte paralelo al desarrollo de la cirugía torácica. La localización anatómica del esófago dificulta sobre manera el acceso a este órgano. El uso de métodos de estudio de la fisiopatología del esófago que se inicia con los métodos desarrollados por Kronecker y Meltzer 1883 (1,12), quienes con el uso de dos balones intraluminales miden el peristaltismo del esófago, siguiendo con el descubrimiento de Zellar y Burguet en 1937 que describen la presencia del esfínter esofágico inferior y que este esfínter se relajaba con la deglución. En épocas más recientes los estudios de acidez esofágica o el test de Perfusión ácida desarrollada por Berstein y Baker, que es uno de los métodos para demostrar reflujo

gastroesofágico asintomático, hasta la época actual en que la endoscopia y la radiología dinámica han venido a unirse al arsenal diagnóstico en la patología de este órgano.

Entre el sinnúmero de causas de las estenosis esofágicas benignas, considerando que las más frecuentes son las secundarias a Reflujo gastroesofágico, quemaduras por cáusticos perforaciones traumáticas o iatrogénicas, y posterior a procedimientos quirúrgicos. Recomendamos que dentro de nuestro medio se instaure un protocolo para que exista un abordaje adecuado a la patología de estos pacientes. Resulta sumamente difícil llegar a conclusiones válidas cuando nos encontramos con que ninguno de estos pacientes fue sometido ni al estudio manométrico ni a determinaciones de acidez. La importancia de estos métodos es determinante para el manejo de las estenosis secundarias a reflujo, que es la causa más frecuente de estenosis esofágicas benignas. Entre uno de los pasos iniciales de estudio que se mencionan por Bremner (1) y Olarte (8), está la importancia de excluir la presencia de un cáncer de esófago como causa de estenosis, esto no debe ser menospreciado ya que sabemos que algunas de las causas de estenosis esofágicas benignas tienen un aumento importante en la incidencia de cáncer de esófago. Procedemos a hacer una breve revisión de cada una de las causas de estenosis esofágicas benignas encontradas en este trabajo, con recomendaciones del tipo de abordaje terapéutico utilizado por diferentes autores para el manejo de estos pacientes.

**Estrecheces por Reflujo Gastroesofágico:** Las lesiones por regurgitación de jugo gástrico al esófago fueron reconocidas desde 1879 por Quincke (8) quien encontró tres casos de ulceración esofágica. En 1933 Harrington utilizó por primera vez la palabra reflujo (8). El reflujo gastroesofágico es una enfermedad de múltiples causas. Inicialmente se consideraba que la Hernia Hiatal era una causa de reflujo gas-

troesofágico, actualmente, a pesar de que se encuentran con mucha frecuencia asociadas, los estudios barométricos y de acidez han venido a demostrar que eso no es válido. Es por ello que en pacientes con reflujo gastroesofágico y hernia hiatal asociada, no se deben realizar rutinariamente técnicas de reparación de la hernia, sin que se halla demostrado el reflujo, ya que el porcentaje de recidiva de hernia es mucho mayor, que el porcentaje de casos con reflujo por hernia (12). Según Bremner (1), de los pacientes con reflujo gastroesofágico sintomático, un 10 a 15% ya tendrán establecida una estrechez esofágica. Dentro de la evolución patológica de reflujo gastroesofágico se dice que lo que inicialmente se produce es una alteración de tipo funcional que posteriormente progresará a cambios macroscópicos.

Existe una clasificación macroscópica para esta entidad que consiste en:

**Grado I:** Lesiones lineales eritematosas difusas que comprometerá inicialmente solo la porción distal del órgano.

**Grado II:** Erosiones, fiabilidad y confluencia de las lesiones lineales, hacia una esofagitis más difusa, que asciende progresivamente.

**Grado III:** Consistente en estrechez que permite el reflujo continuo. La sintomatología puede presentarse en forma aguda o como un proceso largo y progresivo. Se tiene el caso del paciente que sin síntomas previos presenta una obstrucción aguda del bolo alimenticio con regurgitación inmediata del mismo, por otro lado está el del paciente con historia de disfagia previa o conocida estrechez pero los síntomas iniciales son súbitos. El tipo de pacientes que por lo general consulta es aquel con cuadro de varios años de disfagia a sólidos, pirosis, dolor retroesternal o indigestión. Característicamente estos pacientes comen despacio y dietas suaves, aún sin perder peso; pirosis, regurgitación, plenitud, vómitos, síntomas respiratorios.

Centro de la metodología utilizada para el abordaje de estos pacientes conviene citar lo

planteado por Bremner (1); consiste en:

- 1- Excluir carcinoma
- 2- Confirmar reflujo
- 3- Distinguir entre reflujo ácido y alcalino.

### 1- Excluir carcinoma

Dentro de la historia clínica es muy importante el tiempo de aparición de la disfagia, la presencia o no de síntomas de reflujo y la edad en que se presentan; otro dato adyuvante para la diferenciación del proceso maligno es la radiología, que debe acoplarse con otros estudios, como la endoscopia. La histología y citología son importantes, y en caso de duda éstas deben repetirse según se amerite.

### 2- Confirmar reflujo

Dentro de los métodos usados están las dirigidas al aclaramiento de ácido a nivel esofágico, los test de reflujo ácido, la determinación de ácido con radioisótopos, pero es conveniente hacer énfasis en un test que podría instaurarse en nuestro país, consistente en la medición de PH del esófago usando electrodos que se colocan en la luz esofágica con catéteres usados para manometría (8). Se instilan 200 cc de una solución HClO 1 normal en el estómago, produciéndose una disminución del PH del esófago y muchas veces desencadena los síntomas de la esofagitis, si la prueba es positiva en pacientes con endoscopia y radiología negativa, se piensa en reflujo inicial. Un método diagnóstico que es mencionado en la literatura mundial y que ocupa un lugar importante en el diagnóstico del reflujo gastroesofágico es la Manometría Esofágica; es catalogado como el examen más objetivo para reconocer el estado funcional esfinteriano; a pesar de que este método es limitado, porque podemos tener una presión alta o normal de esfínter esofágico inferior en presencia de reflujo obvio. O por otro lado que se corresponda bien una presión baja del esfínter esofágico inferior con reflujo y precisamente por esos casos es

que la manometría debe combinarse con otros métodos. La manometría se inicia en el fondo gástrico y al retirar los catéteres aparece la zona de alta presión, que es la estenosis esofágica benigna, en donde la presión del abdomen cambia a negativa al ingresar al tórax. Ahora bien, en los casos de reflujo gastroesofágico, cuando el primer orificio está en el fondo gástrico, se comprime el abdomen con la mano y el aumento de la presión se registra en el línea del segundo catéter; pero si se registra en ambas, el esfínter no está desempeñando su función de barrera. El tratamiento del reflujo gastroesofágico dependerá del grado de insuficiencia y de la severidad de los síntomas, y su finalidad es recuperar la continencia del mecanismo antirreflujo, o disminuir la potencia y volumen de lo refluído. Se debe dividir el manejo en aquellos casos de estrechez benigna por reflujo con manejo médico y las de manejo quirúrgico. El manejo médico para las estrecheces por reflujo (1) incluyen:

- a- dilatación
- b- medidas antirreflujo
- c- estudios endoscópicos, controles con histología y citología para descartar el desarrollo posterior de carcinoma.

En comparación con las series mundiales, la tendencia general es el tratamiento médico inicialmente, incluyéndose en éste antiácidos, metoclopramida, cimetidina, dieta, seguida de las dilataciones en caso de estrecheces ya establecidas. En cuanto al tratamiento quirúrgico, el fin primordial es eliminar el causante de la posible estrechez esofágica posterior, que es el reflujo gastroesofágico. Es importante en el tratamiento para su éxito, una mejoría completa de los síntomas, evitar complicaciones, bajo porcentaje de morbi-mortalidad y evitar los síntomas secundarios al nuevo procedimiento.

Se han numerado las indicaciones para decidir que un paciente con reflujo gastroesofágico es quirúrgico; estenosis, complicaciones respiratorias, esofagitis ulcerada, sangrado

secundario, otras de menos relevancia son imposibilidad del paciente para seguir el tratamiento médico, reflujo más retención gástrica rebelde, insuficiencia esfinteriana (8). Dentro de

las técnicas están las de antirreflujo (Belsey, Nissen), luego las resecciones (esofagogastrostomía), métodos de Bypass (colon, yeyuno, tubos gástricos) (ver tablas 7, 8 y 9).

**Tabla 7**  
**RESULTADOS DE DILATAACION Y PROCEDIMIENTO ANTIRREFLUJO PARA ESTRECHECES ESOFAGICAS BENIGNAS**

Estudio, Año	No. de Casos	Procedimiento	Buenos Resultados %
Harrington et al., 1975	17	Nissen	95
Safaie-Shirazi et al., 1975	26	Nissen	100
Hollenbeck and Woodward, 1975	45	Fundoplicatura de Parche Fúndico	87
Hermreck and Coates, 1980	11	Hill	96
Mather et al., 1981	68	Fundoplicatura de Parche Fúndico	84
Siewert, 1981	53	Rosetti (plicatura	68 parcial)
Pennell, 1981	16	Nissen	100
Bremner, 1982	25	Nissen	92
			Promedio 92%

**Tabla 8**  
**RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS DE ALARGAMIENTO Y ANTIRREFLUJO [COLLINS-NISSEN (C-N) O COLLINS-BELSEY (C-B)]**

Estudio, Año	No. de Casos	Procedimiento	Buenos Resultados %
Gatzinsky and Bergh, 1980	29	C-N (parcial)	90
Orringer and Sloan, 1977	53	C-B	66-76
Orringer and Sloan, 1978	60	C-N	96
Pearson and Henderson, 1977	33	C-B	76
Ellis et al., 1978	10	C-B	60
		9	C-N 90
Henderson et al.,	135	C-N (parcial)	+56
	250	C-N (360 grados)	100

Promedio 70%

**Tabla 9**  
**RESULTADOS DE BYPASS O DE INTERPOSICION PARA ESTRECHECES**  
**ESOFAGICAS BENIGNAS**

Estudio, Año	No. de Casos	Procedimiento	Buenos Resultados	
			No.	%
Maillard and Meyrignac, 1981	11	Interposición	8	73
	7	Bypass (colon	6	86
Demeester, 1981	19	Interposición de colon	16	85
Polk and Richardson, 1981	28	Interposición de yeyuno	26	93
Williamson, 1975	12	Estómago	11	
Wilfstein et al., 1979	11	Tubo gástrico revertido	15	100
Anderson and Randolph, 1978	15	Tubo gástrico revertido	15	100

### Estenosis por cáusticos

#### Cáusticos:

Las quemaduras por cáusticos no representan un reto mayor en cuanto al diagnóstico clínico, pues siempre existirá el antecedente de ingesta de un agente químico, ya que sea ácido o alkali, la importancia radica en valorar la cantidad de líquido ingerido y la forma de ingesta, accidental o suicida. Generalmente las lesiones secundarias a ingesta accidental será menos severas que las producidas por intentos suicidas. La severidad dependerá de la cantidad y tipo de cáustico ácido o alkali. Las quemaduras por ácidos producen necrosis de coagulación de la mucosa, con corrosión superficial; los alkalis producen necrosis de licuefacción que penetra la pared esofágica, lo cual hace éstas más graves y de peor pronóstico (8). La evaluación inicial consiste en revisar la cavidad oral para determinar la presencia de lesiones a nivel de la mucosa, 20 a 50% de los pacientes con quemaduras orales, tendrán quemaduras en esófago. Se utilizará el método usual de valoración de quemaduras en primer, segundo y tercer grado. La esofagoscopia debe

realizarse por alguien experimentado a las 12 - 48 horas siguientes a la ingesta del cáustico y estará contraindicado en pacientes con mediastinitis, necrosis esofágica o choque (8). Weeb y Middel Kamp han demostrado que existe buena correlación entre el grado de la quemadura por endoscopia y severidad de la fibrosis posterior, pues apreciaron que éstas sucedían en el 80 a 100% de los pacientes con quemaduras de tercer grado, mientras que las de primer grado solo se presentan en 25%.

#### TRATAMIENTO

El manejo inicial consiste en tratamiento de sosten con antibióticos y esteroides, el uso de penicilina más esteroides como mejor forma de tratamiento fue demostrado por Brerion y Stockinger. Las dilataciones deben iniciarse hasta que se instauren la cicatrización y fibrosis definitivas, después de dos semanas a pesar de que la dilatación de estenosis ya formadas es difícil de explicar. El hecho de que en el esófago la cicatriz no esté fijada a otros órganos parece explicar la utilidad de éstas.

Entre las complicaciones que puedan presentar estos pacientes, la perforación aguda con mediastinitis es una causa importante de muerte. Instaurar drenajes del mediastino y espacio pleural, o intubación del esófago han sido métodos que se ha intentado emplear (11). Si el paciente no puede manejarse sólo con dilataciones pueden emplearse las técnicas de ascenso gástrico, o tubo gástrico revertido (12) o interposición de colon (3), la factibilidad de la técnica dependerá de una buena evaluación preoperatoria.

### ESTRECHECES POSTERIOR A PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Dentro de la cirugía esofágica primaria que puede presentar estrechez posterior están, la esofagocardiostomía, resecciones, con esófago, enteroanastomosis, e incluso en los bypass de colon. El procedimiento de elección inicial para este tipo de pacientes es la dilatación de la zona estrecha.

### ANILLO DE SCHATSKI

Es una lesión orgánica que consiste en una banda anular de tejido conectivo denso en la submucosa a nivel de la unión escamo columnar. El grado de estrechez del lumen esofágico varía ampliamente y algunos pacientes son asintomáticos. Los síntomas de obstrucción esofágica se inician cuando el diámetro del lumen es menor de 15 mm. Puede existir antecedente de ardor retroesternal y hay síntoma de reflujo. En pocos casos el anillo mucoso necesitará excisión dilatando a los pacientes. Según Bremner (8) el

Anillo de Schatsky es una manifestación temprana en el desarrollo de estrechez y de reflujo.

### BARRET

El esófago con epitelio columnar se describe como la presencia de epitelio columnar del estómago que se proyecta hacia el tercio inferior del esófago que puede extenderse incluso a porciones superiores del mismo. La complicación más frecuente de el Esófago de Barret es la estenosis, otras complicaciones pueden ser pólipos, sangrado, ulceración y adenocarcinoma (1).

**Patogénesis:** En cuanto a patogénesis se describen diferentes teorías aunque ninguna ha sido satisfactoriamente demostrada. En cuanto a la formación de la estenosis que se presenta en la unión del epitelio columnar con el epitelio escamoso, es similar al que se presenta en las estrecheces por reflujo (12). En algunos casos este epitelio secreta ácido, lo que refuerza la teoría de que es una estrechez secundaria a la producción aumentada de ácido (1).

### CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Historia de larga data de reflujo, valoración radiológica con Bario, endoscopia, medición de diferencias de potenciales, centelleografo con radioisótopos, con biopsia endoscópica e histología para confirmar el diagnóstico (12). El potencial maligno del Esófago de Barret ha sido demostrado por diversos autores. Existe un aumento del 10% de incidencia de adenocarcinoma en estos pacientes.

Tabla 10

### INCIDENCIA DE ADENOCARCINOMA EN PACIENTES CON ESOFAGO DE BARRET

Estudio, Año	No. de Casos de Esófagos de Barret	Adenocarcinoma	
		No.	%
Allison y Johnstone, 1953	7	1	14
Aprigliano, 1970	8	6	75
Naef y cols	140	12	8.5
Radigan y cols, 1977	19	5	26
Bremner, 1982	49	5	7

**TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Debido a la evidencia de reflujo gastroesofágico en el esófago de Barret, y a que el

reflujo gastroesofágico de ácidos o alkalis puede producir complicaciones serias, un procedimiento antirreflujo es el método de elección.

**Tabla 11**

**TRATAMIENTO DEL ESOFAGO DE BARRET Y SUS COMPLICACIONES (BREMNER Y HAMILTON)**

Complicación	Procedimiento Quirúrgico
Reflujo ácido y epitelio columnar	Procedimiento antirreflujo (Nissen, Hill, Belsey)
"Reflujo Alkalino"	Procedimiento antirreflujo, vagotomía, antrectomía y Y de Roux
Estrechez no pasable	Resección con interposición de colon o estómago
Estrechez larga y fallo en dilatación	
Úlcera de Barret	Tratamiento médico vigoroso para úlcera, seguido de tratamiento quirúrgico como en el reflujo alkalino
Úlcera Penetrante	Resección con interposición de colon o estómago
Adenocarcinoma	Resección con interposición de colon o estómago

**RESUMEN:**

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar el manejo actual de las Estenosis Esofágicas Benignas. Para esto se analizó el manejo de 32 pacientes con el diagnóstico de Estenosis Esofágicas Benignas en el Hospital San Juan de Dios desde 1978 a 1988.

Se evaluaron los siguientes parámetros: edad, sexo, etiología, tratamiento, médico y/o quirúrgico y métodos diagnósticos. Los resultados indican que el manejo actual de las Estenosis Esofágicas Benignas no es el óptimo y por tanto recomendamos que se implementen métodos de evaluación de la fisiopatología del esófago para orientar la conducta hacia un manejo preventivo y no curativo.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1- Bremner MD. Current Problems in Surgery. Benign Esophageal Estenosis. 1984.
- 2- Curet Scott. MD. Colon Interposition for Benign Esophageal Disease. Surgery. Vol 102 N4 Oct. 1987, Pp. 568-574
- 3- Demeester Thom. MD Indications, Surgical Technique, and long term Functional Results of Colon interposition or Bypass. Ann. Surg. Oct. 1988, Vol 208 N4. Pp: 460-474.
- 4- Espinoza Flores A. Reconstruction of the cervical Esophagus using a segment of revascularized jejunum. Revista Gas-

- troenterológica Mexicana. Vol 51 N4. Oct.-Dic. 1986. Pp. 221-224.
- 5- Krishna V.S. Rao, MD. Managment of perforations of the Thoracic esophyagus. A new technic utilizing a pedicle flap of Diaphragm. American Journal of Surgery. Vol. 127 May 1974. Pp. 609-612.
  - 6- Michael Luc. MD. Operative and non-operative managment of esophageal perforation. Ann Surg. Vol 194 N1 July 1982. Pp. 57-63
  - 7- Netto MD. Esophageal Reconstruction for Benign Disease. Gen. Vol. 40 N4 Oct.-Dic. 1986. Pp. 173-180.
  - 8- Olarte Federico. Cirugía. Tomo 3. Editorial de la Universidad de Antioqufa. 1a. edición. 1983. Capítulo 2. Colombia.
  - 9- Rea William MD. Traumatic Esophageal Perforations. Annals of Thoracic Surgery. Vol 14 N6 Dec. 1972. Pp. 671-676.
  - 10- Richardson David. MD. Unifying concepts in treatments of esophageal leaks. American Journal of Surgery. Vol. 149 Ja. 1985 Pp. 157-161.
  - 11- Rossoff Leonard. MD. Perforations of the Esophagus. American Journal Of Surgery. Vol. 128 Ag. 1974 Pp. 207-218.
  - 12- Schwartz, Seymour I. ME. Principles of Surgery. Mc Graw-Hill Book Co. 4th. Ed. 1984. USA. Chapter 25. Pp. 1063-1112.
  - 13- Skinner David MD. Managment of esophageal Perforations. American Journal of Surgery. Vol. 139. June 1980. Pp. 760-764.