

# Autodilatación: una alternativa para el manejo de las estenosis esofágicas refractarias

## Self-dilatation: An Alternative for Managing Refractory Esophageal Strictures

Martín Alonso Gómez-Zuleta,<sup>1\*</sup>  Óscar Ruiz-Morales.<sup>2</sup> 

### ACCESO ABIERTO

#### Citación:

Gómez-Zuleta MA, Ruiz-Morales O. Autodilatación: una alternativa para el manejo de las estenosis esofágicas refractarias. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2024;39(1):91-93.  
<https://doi.org/10.22516/25007440.1035>

<sup>1</sup> Médico internista y gastroenterólogo, profesor asociado de medicina interna, director Unidad de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Gastroenterólogo, Hospital Universitario Nacional. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Médico especialista en Medicina Interna y Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

\*Correspondencia: Martín Alonso Gómez-Zuleta.  
[martinalonsogomez@gmail.com](mailto:martinalonsogomez@gmail.com)

Fecha recibido: 26/02/2023

Fecha aceptado: 15/04/2023



### Resumen

Se trata del caso de un paciente con estenosis poscáusticas que requirió manejo quirúrgico y cuya anastomosis se estenósó, por lo que requirió dilataciones con Savary, estricturoplastia y terapia de inyección, sin éxito. Ante la recurrencia se decidió darle un entrenamiento para que se hiciera autodilataciones, lo cual fue exitoso dado que le paciente pudo reasumir sus actividades diarias. El reporte de caso muestra, además de las fotos, un video donde se explica paso a paso los métodos que se usaron en el manejo del paciente.

### Palabras clave

Cáusticos, estenosis, dilataciones, autodilataciones.

### Abstract

We present the case of a patient with post-caustic stenoses who required surgical management and whose anastomosis was narrowed, requiring dilations using Savary, strictureplasty, and injection therapy without success. Given the recurrence, we decided to train him to do self-dilatation, which was successful since the patient could resume his daily activities. In addition to the photos, the case report provides a video explaining step-by-step the methods used in managing the patient.

### Keywords

Caustics, stenosis, dilations, self-dilatations.

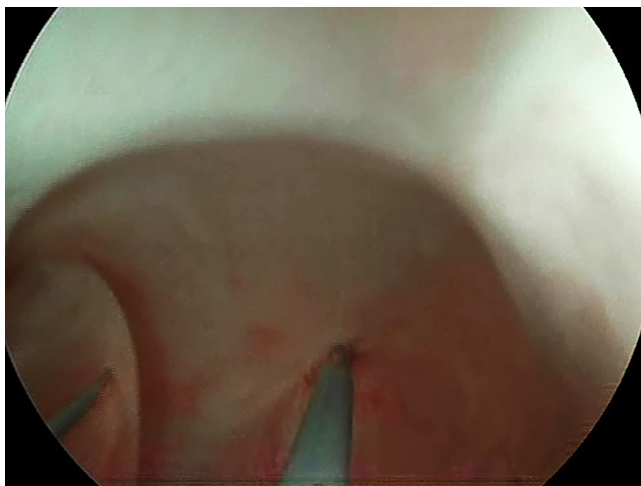
## INTRODUCCIÓN

Las estenosis esofágicas benignas por secuelas de radioterapia, cirugías, ingestión de cáusticos o resección mucosa endoscópica son tratadas principalmente con dilataciones endoscópicas<sup>(1)</sup>. Sin embargo, del 30% al 40% de los pacientes recurren a pesar de dilataciones rigurosas<sup>(1,2)</sup>. La *estenosis esofágica refractaria* (EEBR) se define como aquella en la que no se logra mantener una patencia luminal a pesar de 5 dilataciones<sup>(1,3)</sup>. Las EEBR suelen ser un reto

terapéutico. Dentro de las opciones de tratamiento están las dilataciones endoscópicas a repetición, la inyección de corticoide o mitomicina C, la terapia incisional o la inserción de *stent* temporal; sin embargo, estas terapias tienen una eficacia limitada a largo plazo y plantean un desgaste significativo para el paciente y para el sistema de salud<sup>(3)</sup>. En un estudio se mencionó que el periodo libre de disfagia en pacientes con EEBR tratados con dilataciones endoscópicas fue de 3 meses y 2,4 meses en los pacientes tratados con *stent* esofágico<sup>(4)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 32 años que presenta ingestión accidental de cáusticos, lo cual lo lleva a una neumonitis química y obstrucción completa del esófago. Después de una estancia de 2 semanas en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se recuperó del cuadro agudo del cual salió con una gastrostomía endoscópica. El paciente fue enviado un mes después para hacer dilataciones. Cuando se hizo la primera endoscopia de dilatación, se observó una estenosis completa de la luz esofágica, por lo que se intentó recanalizar por endoscopia digestiva y por endoscopia retrógrada a través de la gastrostomía, sin éxito (**Figura 1**). Posteriormente, dado que no se logró la recanalización, el paciente fue llevado a una esofagectomía con anastomosis esófago-faríngea con la formación de un neoesófago. Dado que la estenosis era muy alta, el neoesófago fue anastomosado paralelo a la orofaringe. Después, la anastomosis presentó una estenosis posquirúrgica, por lo cual se hicieron unos cortes radiados de la anastomosis (**Figura 2**).



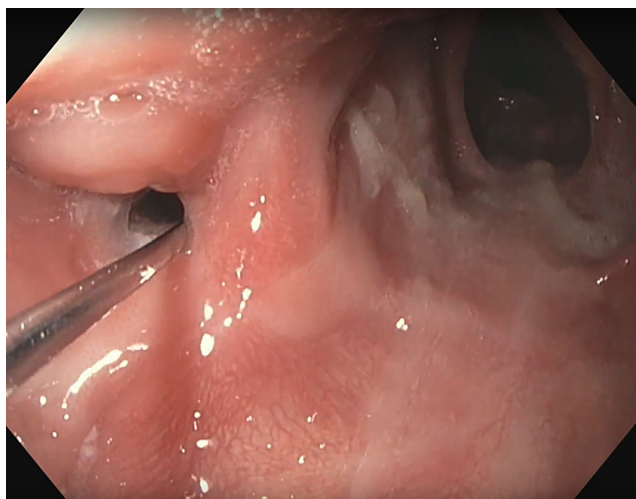
**Figura 1.** Vista retrógrada de estenosis completa esofágica. Archivo de los autores.

El paciente recurrió nuevamente al mes con estenosis, por lo cual se hizo un plan de dilataciones con dilatadores de Savary (**Figura 3**), pero infortunadamente, cada 10 o 15 días el paciente presentaba nuevamente estenosis. Se intentó el manejo con inyección de corticoides en los cuatro cuadrantes sin éxito, por lo que se colocó mitomicina C instilada en el sitio de la estenosis sin éxito. Por lo anterior, se decidió pasar a un plan de autodilataciones como última alternativa dado que el paciente estaba requiriendo sedación cada 8 a 10 días para hacer la endoscopia con dilatación. Primero, el paciente fue entrenado guiado por endoscopia (**Figura 4**) y, luego, una vez el paciente estaba entrenado, empezó a hacerse autodilataciones interdiarias

con un dilatador de Savary n.º 14 (**Figura 5**), las cuales han sido exitosas hasta la actualidad, y ya ha completado aproximadamente 3 años.



**Figura 2.** Estenosis de anastomosis esófago-faríngea. Archivo de los autores.



**Figura 3.** Dilataciones endoscópicas. Archivo de los autores.

## DISCUSIÓN

La autodilatación esofágica, en la cual el paciente aprende a pasar un dilatador (p. ej., dilatador de Maloney) a través de la boca de una manera rutinaria, se ha descrito desde la década de 1970<sup>(3)</sup>. Algunos estudios, principalmente retrospectivos, han demostrado el beneficio de dicha terapia para el manejo de la EEBR, con una reducción de la cantidad de dilataciones endoscópicas de un promedio de 21,7 al año a solamente una dilatación anual<sup>(5)</sup>. En un estudio con 52 pacientes con EEBR de la Clínica Mayo, la cantidad de dilataciones endoscópicas pasó de 9,5 (5-30) al año a 0 (0-3)



**Figura 4.** Aprendizaje de autodilataciones. Archivo de los autores.



**Figura 5.** Autodilatación exitosa. Archivo de los autores.

anuales, antes y después de las autodilataciones esofágicas, respectivamente ( $p < 0,0001$ ), con mejoría de la disfagia y un aumento en la probabilidad del retiro de sondas de nutrición enteral<sup>(3)</sup>.

Nuestro reporte presenta un caso exitoso de las autodilataciones para el manejo de las EEBR, y se muestran en las **Figuras 1-5** y en un video en YouTube (<https://youtu.be/94KkDmKgMsQ>) paso a paso todas las técnicas que se usaron para resolver la estenosis compleja y, finalmente, las autodilataciones, en este caso con un dilatador n.º 14 de Savary, para que sea puesto en práctica en la comunidad médica y beneficie a pacientes seleccionados como este.

## CONCLUSIÓN

Aunque en la literatura se han descrito desde hace mucho tiempo, los estudios son pequeños y principalmente retrospectivos<sup>(5)</sup>. En conclusión, se puede decir que las autodilataciones son una buena opción terapéutica para el manejo de los pacientes con EEBR con una alta eficacia y pocos efectos adversos. Es necesario seleccionar adecuadamente al paciente para obtener un resultado satisfactorio con esta terapia.

## REFERENCIAS

1. Fugazza A, Repici A. Endoscopic Management of Refractory Benign Esophageal Strictures. *Dysphagia*. 2021;36(3):504-16. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10270-y>
2. Spechler SJ. American Gastroenterological Association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. *Gastroenterology*. 1999;117(1):229-32. [https://doi.org/10.1016/S0016-5085\(99\)70572-X](https://doi.org/10.1016/S0016-5085(99)70572-X)
3. Qin Y, Sunjaya DB, Myburgh S, Sawas T, Katzka DA, Alexander JA, et al. Outcomes of oesophageal self-dilation for patients with refractory benign oesophageal strictures. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;48(1):87-94. <https://doi.org/10.1111/apt.14807>
4. Repici A, Small AJ, Mendelson A, Jovani M, Correale L, Hassan C, et al. Natural history and management of refractory benign esophageal strictures. *Gastrointest Endosc*. 2016;84(2):222-8. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.01.053>
5. Dzeletovic I, Fleischer DE, Crowell MD, Pannala R, Harris LA, Ramirez FC, et al. Self-Dilation as a Treatment for Resistant, Benign Esophageal Strictures. *Dig Dis Sci*. 2013;58(11):3218-23. <https://doi.org/10.1007/s10620-013-2822-7>



**Disponible en:**

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337782277015>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante  
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la  
academia

Martín Alonso Gómez-Zuleta, Óscar Ruiz-Morales

**Self-dilatation: An Alternative for Managing Refractory  
Esophageal Strictures**

**Autodilatación: una alternativa para el manejo de las  
estenosis esofágicas refractarias**

*Revista colombiana de Gastroenterología*

vol. 39, núm. 1, p. 91 - 93, 2024

Asociación Colombiana de Gastroenterología,

**ISSN:** 0120-9957

**ISSN-E:** 2500-7440

**DOI:** <https://doi.org/10.22516/25007440.1035>