

III. ESOFAGECTOMIA TOTAL SIN TORACOTOMIA EN ACALASIA

Dr. Ariel A. Sabas, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Central, Mendoza, Argentina. Jefe de Trabajos Prácticos de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Jorge E. Abdala, ex Jefe de Residentes Servicio de Cirugía II. Hospital Central, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se presenta un caso de acalasia grado IV que fue tratado con esofagectomía total sin toracotomía. Se destacan las bondades de esta técnica y su indicación precisa en este grado de acalasia.

SUMMARY

A case of achalasia grade IV is presented. It was treated with esophagectomy without thoracotomy. Both, the profits of this technique and its precise indication in this grade of achalasia, are emphasized.

I. INTRODUCCION

La acalasia o megaesófago es una enfermedad caracterizada por presentar incoordinación neuromuscular generalizada del esófago, lo que provoca una obstrucción funcional a nivel del segmento inferior (acalasia), con dilatación esofágica consecuente (megaesófago).

Esta enfermedad tiene diferentes grados de dilatación esofágica, según la clasificación radiológica de Resano y Malenchini. Sobre 21 casos tratados, 2 de ellos pertenecían al grado IV, o sea al máximo de dilatación esofágica. Uno de ellos, en 1982 fue tratado con esofagectomía total sin toracotomía, lo que motiva esta comunicación.

II. MATERIAL

Nombre y apellido: M. B. Edad: 40 años. Sexo: masculino. Nac.: argentino.

M. C.: dolor torácico. Afagia. Regurgitación.

E. A.: refiere el paciente que a la edad de 20 años fue intervenido quirúrgicamente por presentar una "acalasia", realizándosele como tratamiento una operación de Heller.

A pesar de la terapéutica, presentó una disfagia intermitente, que nunca le permitió su alimentación normal.

Tres días antes de su internación, presentó afagia, dolor torácico retroesternal y posteriormente regurgitación alimenticia.

A. P.: operación de Heller hace 20 años.

A. H. F.: s/p.

Examen físico: normal.

Durante la internación se realizaron estudios radiológicos y endoscópicos, que confirmaron una acalasia grado IV.

Los análisis de laboratorio mostraron una anemia moderada y una hipoproteïnemia con hipalbuminemia, que obligó a la hiperalimentación enteral a través de una sonda nasogástrica durante 14 días, para mejorar el estado nutricional del paciente.

III. METODO

Anestesia general. Se colocó al paciente en decúbito dorsal con ligera sobreelevación del hemitórax derecho, por si fuera necesario practicar una toracotomía anterolateral derecha, y la cabeza del paciente lateralizada hacia la izquierda, para que facilite el tiempo cervical.

Se comenzó con una laparotomía mediana supraumbilical, utilizando separación autoestática y valva subcostal, se libera el esófago abdominal y se lo repara. Se esqueletiza el estómago, conservando la irrigación a través de las arterias pilóricas y gastroepiploica derecha.

Se procede entonces a la apertura del hiatus, previa colocación de puntos hemostáticos para los vasos diafragmáticos inferiores. Se procede, por disección digital, a la separación del pericardio y se secciona el diafragma hacia el centro frénico, abriéndose accidentalmente el pericardio. Desde el abdomen se comienza la disección del esófago mediastinal, procediéndose a ligar algunos vasos que lo irrigan sin dificultad, avanzando sin inconvenientes hasta unos 20 cm por encima del hiatus. Se realiza entonces amplia maniobra de Vautrin-Kocher, con lo cual se completó el tiempo abdominal.

Se realiza entonces el tiempo cervical, comenzando con una incisión longitudinal sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Se secciona piel, musculocutáneo y aponeurosis cervical superficial, identificando el paquete vasculonervioso derecho. Se liga la vena tiroidea inferior y por medio de maniobras romas se disecciona y repara el esófago cervical, el cual se encuentra muy aumentado de volumen y con adherencias, las que se ligan y se seccionan avanzando en la disección hacia el mediastino. Desde la laparotomía y la cervicotomía se completa la disección del túnel mediastinal hasta liberar totalmente el esófago. Durante la introducción de la mano en el mediastino se produjeron algunas arritmias cardíacas que obligaron a la detención momentánea de la operación.

Desde la cervicotomía se comienza a traccionar del esófago para extirparlo y remolcar el estómago hasta la cervicotomía, cuidando de que no se rote durante el ascenso. Se secciona y se

cierra el cardias en dos planos y se procede a realizar una esofagogastronastomosis terminolateral en dos planos, conservando sólo unos 4 cm de esófago cervical, extirpándose el esófago enfermo.⁽¹⁾ Cierre de la cervicotomía por planos dejando una lámina de drenaje. Se deja, además, drenaje bajo agua en el mediastino, que sale por el hiatus y por contraabertura. Cierre en un plano con tres puntos capitonados. Se realizó una Rx de tórax en sala de operaciones que reveló un neumotórax bilateral por apertura accidental de ambas pleuras, lo que obligó a dejar drenajes pleurales bilaterales.

En el posoperatorio se comprobó una disfonía y se dio de alta sin otro tipo de complicaciones, a los 12 días.

IV. DISCUSION

De acuerdo con lo propuesto por Pinotti, y después de haber practicado la esofagectomía sin

toracotomía, consideramos que es la técnica de elección para este tipo de acalasia.⁽²⁾ En los grados menos avanzados preferimos la operación de Heller acompañada de mecanismo antirreflujo. De los 21 enfermos tratados, 2 pertenecían al grado más avanzado de megaesófago; en uno de ellos se practicó la operación de Heller con total fracaso, ya que el enfermo prosiguió con disfagia y requirió dilataciones posteriores. En cambio, en este enfermo y con conocimiento de esta técnica, a través de diversas publicaciones tales como la de Boretti, que precisa sus indicaciones en el cáncer de esófago, el posoperatorio fue excelente, habiendo aumentado 12 kg de peso en 3 meses.^(3, 4)

Las complicaciones, tales como la apertura de ambas pleuras, no trajeron mayores consecuencias, salvo la parálisis de la cuerda vocal derecha por probable sección del recurrente, no obstante lo cual el enfermo ha superado la disfonía con reeducación foniátrica adecuada.

BIBLIOGRAFIA

1. Boretti, J. J., y col.: "Esofagectomía sin toracotomía. Indicaciones y técnica". Rev. Arg. Cirug., 43:41, 1982.
2. Gil Mariño, J.: "Esofagectomía sin toracotomía". Rev. Arg. Cirug., 44:146, 1983.
3. Pinotti, H. W., y col.: "Tratamiento quirúrgico de la acalasia del cardias (megaesófago)". Rev. Arg. Cirug., 38:226, 1980.
4. Rascovsky, E., y Pardo, O. B.: "Esofagectomía sin toracotomía". Rev. Arg. Cirug., 43:205, 1982.