

ANÁLISIS DE 52 RESECCIONES POR CÁNCER DE ESÓFAGO Y CARDIAS

Dr. Ariel A. Sabas

Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Central.

Jefe de Trabajos Prácticos de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica, F.C.M., U.N.C.

Jefe del Servicio de Cirugía II del Hospital Central y Profesor Titular de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica, F.C.M., U.N.C., Dr. Jorge Pérez.

Dr. Jorge E. Abdala

Médico de Guardia del Hospital Central.

Auxiliar de 1ª de la I Cátedra de Clínica Quirúrgica, F.C.M., U.N.C.

RESUMEN

Es analizado el tratamiento quirúrgico de resección realizado a 52 pacientes, sobre un total de 120 con cáncer de esófago y cardias. Se da a conocer la táctica quirúrgica de acuerdo a cada localización, y se mencionan las complicaciones y mortalidad de esta cirugía. Se considera que la resección quirúrgica y reconstrucción en un tiempo ofrecen los mejores resultados.

SUMMARY

The surgical treatment of resection is analyzed. It was performed to 52 patients over a total of 120 of them bearing cancer of esophagus and cardias. The surgical technique in accord with the different locations is exposed. The complications and mortality of this surgery are analyzed. The surgical resection and the reconstruction performed at one time, offer the best results.

El cáncer de esófago constituye una patología frecuente en nuestro medio. Sus características clínicas hacen que sólo sea posible su diagnóstico, generalmente, en estados avanzados, lo que tiene como consecuencia que la elección del tratamiento sea una tarea compleja, ya que deben evaluarse numerosas variables para lograr una mayor y mejor sobrevida.⁽¹⁾

Esta presentación tiene como objeto informar acerca de la experiencia recogida durante 14 años (1970-1984) en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago y cardias.

MATERIAL Y METODO

Se analizan 120 enfermos internados en el Servicio de Cirugía II del Hospital Central de Mendoza y en sanatorios privados, con cáncer de esófago y cardias, recibiendo 52 de ellos, o sea 43 %, la resección quirúrgica. 65 % de los pacientes pertenecen al sexo masculino y las edades límites son 37 y 83 años, estando comprendidos 68 % de los pacientes entre los 50 y 69 años de edad.

En cuanto a la localización, 114 pacientes tenían su patología en esófago, siendo todos carcinomas pavimentosos, menos 2 de ellos que presentaban adenocarcinomas en 1/3 medio y 1/3 inferior y los 6 restantes correspondían a adenocarcinomas de cardias.

A los 114 enfermos con cáncer de esófago se los ubicó topográficamente de la siguiente manera:

Cáncer de esófago: 114 enfermos

22 enfermos (19 %) cervicotorácico superior

67 enfermos (59 %) 1/3 medio torácico

25 enfermos (22 %) 1/3 inferior toracoabdominal

Se considera cervicotorácicos superiores a aquellos tumores que afectan al esófago cervical y torácico superior hasta el nivel superior del cayado de la aorta. Los ubicados entre el cayado de la aorta y el nivel de las venas pulmonares inferiores como 1/3 medio torácico y los que se encuentran por debajo de ese nivel como 1/3

inferior toracoabdominal. A su vez, los que se ubican en el 1/3 medio torácico se los divide, a los fines del diagnóstico de operabilidad y de táctica quirúrgica, entre los que se encuentran por encima o por debajo de la carina. En cuanto a los tumores del cardias, se han considerado aquellos que están localizados netamente a ese nivel, excluyendo los del techo gástrico, que tienen un comportamiento diferente.

Cuando se consideran estas ubicaciones topográficas se deben tener en cuenta dos cosas, por una parte la propagación submucosa de estos tumores considerando que la resección debe superar por lo menos 5 cm por encima del borde tumoral superior y, por otra parte, el hallazgo endoscópico de otras localizaciones en el mismo órgano, tal como se ha descrito.

Descartamos de la cirugía de resección a aquellos enfermos que:

1. Tengan metástasis a distancia.
2. Invasión regional, como son aquellos que presentan invasión de tráquea o bronquios con o sin fístula, y
3. Enfermos que presentan otras patologías que impiden la cirugía.

Al resto de los enfermos tratamos de realizarle cirugía de resección, en algunos casos mejorando su nivel proteico o sus pruebas inmunológicas mediante alimentación enteral (de preferencia) o hiperalimentación parenteral.

UBICACION - PORCENTAJE DE RESECCION Y TIPO DE OPERACION

120 enfermos- 52 resecciones esofágicas= 43 %

1. Cervicotorácico superior - 22 enfermos
Resección 2 enfermos (9%) = Esofagectomía total sin toracotomía: 2 casos
2. 1/3 medio torácico = 67 enfermos
Resección 28 enfermos (41,7 %)

Por encima de carina - 7 casos
Esofaguetomía total
y reconstrucción en Cámara López - 1
1 tiempo por tres vías Transmediastinal - 5
Esofaguetomía total sin toracotomía = 1

Por debajo de carina - 21 casos
Lewis Tanner - 17
Garlock - 1
Esofaguetomía total sin toracotomía = 3

3. $\frac{1}{3}$ inferior toracoabdominal = 25 enfermos
Resección 16 enfermos (64%)
Operación de Biondi - 15
Esofaguetomía total sin toracotomía = 1
4. Cardias = 6 enfermos
Resección 6 enfermos (100%)
Esofagogastrrectomía polar superior - 6 casos
Toracofrenotomía o Toracolaparofrenotomía - 5
Laparofrenotomía - 1

Es de hacer notar que todas las reconstrucciones fueron hechas con estómago, que se prefiere de elección, y con píloro dilatación digital.

Los estadios encontrados en las 52 resecciones esofágicas fueron los siguientes:

Estadio I - 0 - 0%
Estadio II - 12 - 23%
Estadio III - 40 - 77%
Estadio IV - 0 - 0%

Por lo que la mayoría de los pacientes presenta invasión ganglionar regional en el momento de la resección.

Se encontró el cáncer de esófago asociado a 2 acalasia y a 3 hernias del hiatusesofágica con esofaguitis de larga evolución.

RESULTADOS

La mortalidad global de esta cirugía fue 13,4% (siete enfermos sobre 52 resecciones), considerándose las siguientes complicaciones:

1. La *Dehiscencia de sutura* constituye una de las complicaciones más graves de esta cirugía. La misma se presentó en 6 oportunidades, o sea 11%, discriminada de la siguiente manera:
2 dehiscencias cervicales = curaron
1 dehiscencia mediastinal alta = curó
3 dehiscencias bajas = fallecieron, haciendo constar que uno de ellos fue producto del mal manejo posoperatorio. La mortalidad por dehiscencia, en consecuencia, ocurrió en 3 enfermos, o sea 5,7%.
2. Cuatro enfermos fallecieron en el posoperatorio inmediato por las siguientes causas:
2 por complicaciones pulmonares
1 por complicación cardíaca
1 por shock hipovolémico y anuria

En cuanto a las *sobrevidas* 17 enfermos viven, pero 2 de ellos con evidencia de enfermedad. De los 15 enfermos que sobreviven sin evidencia de enfermedad:

1 superó los 11 años
1 superó los 8 años
1 superó los 5 años

1 superó los 4 años
2 superaron los 3 años
2 superaron el año

Siete llevan entre 2 y 8 meses de operados, por lo que todavía no se pueden establecer las *sobrevidas* alejadas.

El resto de los pacientes con resección quirúrgica, más del 65%, superaron el año y algunos hasta los 3 años, falleciendo después con metástasis generalizadas pero sin disfagia.

DISCUSION

En base a los mejores resultados obtenidos, la resección quirúrgica amplia y la reconstrucción inmediata de la vía digestiva, es el tratamiento de preferencia.⁽²⁻³⁾

La resección quirúrgica, aunque sea paliativa, permite a estos enfermos volver a alimentarse normalmente. La resección es preferible a la intubación del tumor, ya que ésta sólo tiene un alivio moderado y no siempre es aplicable. La intubación la reservamos para aquellos casos inoperables o que no puedan someterse a un procedimiento de cirugía mayor.

Como hemos visto, el porcentaje de resecabilidad en la localización cervicotorácica superior es baja, ya que generalmente estos pacientes presentan adenopatías regionales metastásicas o infiltración de la tráquea. De poder realizarse cirugía preferimos la esofaguetomía total sin toracotomía.

En cuanto a los del $\frac{1}{3}$ medio, el comportamiento quirúrgico es diferente si los tumores se ubican por encima o por debajo de la carina.⁽⁴⁾ Los que están en contacto con la vía aérea, como los de la localización anterior, tienen bajo índice de resecabilidad. De poder hacerlo, les practicamos esofaguetomía total y reconstrucción en un tiempo mediante toracotomía, laparotomía y cervicotomía. Mayor porcentaje de resecabilidad tienen los que se ubican por debajo de la carina y, si bien al comienzo de esta experiencia nos inclinábamos por la operación de Lewis Tanner por vía combinada: laparotomía y toracotomía derecha, ahora tendemos a extirpar estos tumores mediante esofaguetomía total sin toracotomía cuando es factible, ya que los resultados obtenidos son buenos.

A los tumores ubicados en el tercio inferior del esófago y cardias los operamos casi siempre, dada que su resecabilidad es casi siempre factible. La operación de Biondi, con la anastomosis esofagagástrica a nivel del mediastino, hace que las dehiscencias que ocurran tengan alta mortalidad (20% en nuestra experiencia), por lo que pensamos obtener mejores resultados con la esofaguetomía total sin toracotomía implantando la anastomosis a nivel cervical, con menos morbimortalidad.

Mejores resultados ofrecen los que son puros del cardias, ya que son tumores pequeños, que rápidamente debutan con disfagia, y la prueba es que 50% de ellos no tienen adenopatías metastásicas y son los que mejores resultados alejados pueden ofrecer.

Cuando los tumores del esófago pueden ser resecados con una baja morbimortalidad quirúrgica, como se da ahora en la mayoría de los centros, la *sobrevida* de

los enfermos afectados mejora, pese a que la disfagia es considerada como un síntoma tardío en esta patología.⁽⁵⁾

Consideramos también que el tratamiento complementario con cobaltoterapia y/o quimioterapia

puede aumentar la sobrevida de estos pacientes.⁽⁶⁾ Aunque generalmente la cirugía del esófago es paliativa, pueden verse varios pacientes que superan los 5 años de sobrevida y, los que no lo logran, por lo menos lo hacen aceptablemente alimentándose por sus vías normales.

BIBLIOGRAFIA

- 1 LYON, S. L.: Esophageal cancer mortality. Resúmenes del XII Congreso Internacional de Cáncer. Buenos Aires, pág. 148, 1978.
- 2 GUIVARO, H. M.; MONCHET, A. y col.: Étude d'une statistique de 461 cancers de l'oesophage. *Ann. Chir.*, 29:753-761, 1975.
- 3 LIRA, E.: Cáncer esofágico. Tratamiento quirúrgico. Resúmenes del XII Congreso Internacional del Cáncer. Buenos Aires, pág. 148, 1978.
- 4 Mc KEOWN, K. C.: Cáncer esofágico. Tratamiento quirúrgico. Resúmenes del XII Congreso Internacional del Cáncer. Buenos Aires, pág. 148, 1978.
- 5 MOJTABAI, A.: Etiological consideration of esophageal cancer in Iran. Resúmenes del XII Congreso Internacional del Cáncer. Buenos Aires, pág. 147, 1978.
- 6 LEBORGNE, J. A.: Tratamiento radioterápico del cáncer de esófago. Resúmenes del XII Congreso Internacional del Cáncer. Buenos Aires, pág. 149, 1978.