

III. ESOFAGECTOMIA TOTAL SIN TORACOTOMIA TECNICA E INDICACIONES EN 30 ENFERMOS OPERADOS

Dr. Ariel A. Sabas, Jefe de Sección de Tórax del Hospital Central. Profesor Adjunto de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Dr. Jorge Abdala, Médico de Guardia del Hospital Central. Auxiliar de Docencia de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Dr. Sergio Bustos, Médico Jefe de Residentes del Servicio de Cirugía II del Hospital Central.

Dr. Hugo B. Ferreyra, Jefe de Servicio de Cirugía II del Hospital Central y Profesor Titular de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se analizan las indicaciones de la esofagectomía sin toracotomía en 30 pacientes. Se comentan algunas disquisiciones sobre su indicación en el cáncer de esófago. Esta técnica no es aconsejable en la localización supracarinal del cáncer de esófago. Se describe la técnica quirúrgica empleada y aunque todavía no se dan resultados oncológicos es considerada una operación de técnica precisa que debe ser realizada con la infraestructura adecuada.

SUMMARY

The indications for esophagectomy without thoracotomy in 30 patients are analyzed. Some disquisitions about its indication are commented. This technique is not advisable for the supracarinal localization in the cancer of esophagus. The surgical technique is described and in spite that the oncologic results are not yet given, it is considered an accurate operative technique which must be performed within adequate hospital facilities.

Esta técnica quirúrgica fue propuesta por Levy en 1898 y utilizada en las décadas siguientes por Von Ach, Denk (la realizó por primera vez en el cadáver en 1913) y Grex Turner (quien la practicó en un paciente en 1936). Estos estudios fueron actualizados a partir de 1970, por Akiyama, llevando en el momento actual a utilizar esta técnica con mayor frecuencia, con las ventajas de: 1) evitar la apertura del tórax, sobre todo en pacientes añosos o con problemas respiratorios; 2) todas las anastomosis se realizan a nivel cervical, con lo que la dehiscencia de ella es de menor morbimortalidad que cuando se practican dentro del tórax.^(1,2,3)

MATERIAL Y METODO

Entre diciembre de 1982 y marzo de 1987 fueron intervenidos 30 enfermos, portadores de distintas patologías, con esta técnica. La edad mínima fue de 45 años y la máxima de 79, con una media de 65 años, siendo 16 de ellos del sexo masculino y 14 del femenino.

Las indicaciones fueron las siguientes:

- 1) Esófago de Barrett con displasia grave, 1 caso
- 2) Esofagitis cáustica, 2 casos
- 3) Megaesófago grado 4, 3 casos
- 4) Cáncer de esófago, 24 casos

En el cáncer de esófago, siguiendo la clasificación de Mc Keown, las indicaciones por zonas fue la siguiente:

- Tercio cervicotorácico superior, 4 casos
- Tercio medio torácico
Supracarinal, 3 casos
Infracarinal, 12 casos
- Tercio inferior, 4 casos
- Cardias, 1 caso

METODO

El paciente se coloca en decúbito dorsal con una almohadilla a nivel de los hombros.

1) Resección del esófago

a) *Tiempo abdominal.* Laparofrenotomía anterior con resección del xifoides. Se aborda el mediastino inferior y se evalúa la reseccabilidad del tumor. Decidida la reseccabilidad, se procede a preparar el tubo gástrico destinado a ser llevado al cuello. Se ligan dos pedículos vasculares a nivel del esófago inferior.

b) *Tiempo cervical.* Al comienzo de la experiencia utilizábamos cervicotomía vertical izquierda en el borde anterior del esternocleidomastoideo. Actualmente, realizamos cervicotomía transversa izquierda. Se secciona el músculo omohioideo, se separa el lóbulo de la glándula tiroidea y hacia la parte externa el paquete vasculonervioso del cuello. Se liga la vena tiroidea media, se identifica el recurrente y se disecciona el esófago cervical, separándolo de la membranosa traqueal, cuidadosamente, hasta llegar a la carina. Luego de la disección de todas las caras del esófago se ligan los 2 pedículos superiores.

2) Restablecimiento del tubo digestivo

Una vez resecado el esófago se procede a preparar el estómago, esqueletizando las curvaturas mayor y menor, dejando las arterias gastroepiploica derecha y pilórica. Se hace maniobra de Kocher. Realizamos pilorodilatación digital o piloromiotomía. En todos nuestros casos hemos utilizado el estómago para el restablecimiento de la vía digestiva. Posteriormente es llevado el tubo gástrico al cuello, ya sea por vía transmediastinal o por vía retroesternal. En algunos casos de cáncer preferimos esta última vía, para poder irradiar el mediastino posterior sin problemas. Se coloca drenaje cervical, drenaje transhiatal y drenaje pleural si ha habido apertura de la misma.

La operación debe ser realizada con control cardiográfico continuo, por las maniobras que se realizan en mediastino, y se debe contar con terapia intensiva para el control posoperatorio.^{14, 9}

Se deja sonda nasogástrica y yeyunostomía de alimentación.

DISCUSION

Las complicadas tácticas quirúrgicas que debían emplearse en el cáncer de esófago, según su localización, las complicaciones con mortalidad surgidas de las dehiscencias anastomóticas intratorácicas y la necesidad de acortar los tiempos quirúrgicos en estos enfermos con alteraciones de su estado general, hizo que incorporáramos en nuestro armamentario quirúrgico la esofagectomía sin toracotomía, ampliando las indicaciones de resección, a la vez que disminuyendo los factores de riesgo.

Creemos que tiene indicación precisa en los tumores ubicados en el segmento cervicotorácico superior (hasta el cayado de la aorta) y en los de localización inferior. Nosotros, siguiendo la clasificación de Mc Keon, ampliamos su indicación en los tumores ubicados por debajo de la carina traqueal. Si bien hemos realizado resecciones en tumores supracarinales, actualmente para ese tipo de localización y ante el peligro de apertura de la tráquea, preferimos la resección mediante toracotomía derecha. Si bien esta técnica ha sido discutida, desde el punto de vista oncológico, siempre hemos observado, como asevera Pinotti, que en el segmento esofágico reseccionado se observan los ganglios periesofágicos, que convenientemente estudiados nos permite ubicar la lesión en el estadio correspondiente y de esa manera complementar con

otros tratamientos oncológicos. Sobre un total de 75 resecciones esofágicas por cáncer, en los últimos años nos hemos inclinado por esta técnica, con anastomosis esofagástrica a nivel cervical, en 24 enfermos portadores de cáncer de esófago.^{16, 71}

En cuanto a las otras indicaciones, creemos que son menos discutibles.

Así en el megaesófago Grado 4 constituye la técnica de elección. Asimismo hemos encontrado que en la esofagitis cáustica crónica, cuyas dilataciones ya no son factibles, la resección del esófago es conveniente por la posibilidad que desarrolle un cáncer, tal como ha sido descrito. Lo mismo sucede con el esófago de Barret, cuya biopsia habla de displasia grave, ya que debe ser considerada como una lesión neoplásica (carcinoma *in situ*).

Después de relatar su experiencia, Seineldin dice: "De nuestras observaciones podemos deducir que si bien el procedimiento es factible, útil y aconsejable y en la liberación tumoral las dificultades han sido escasas y mínimas, debemos reconocer que el método cumple parcialmente con los principios de la cirugía y de la oncología. Así también es preciso destacar que la extirpación de un órgano a través de abordajes restringidos y en contacto íntimo con estructuras vitales, requiere de quien lo encare amplia experiencia en cirugía torácica y capacidad para la solución de complicaciones supuestas, así como la infraestructura adecuada y efectiva".¹⁸¹

Por último, creemos que es un procedimiento que posibilita ampliar las indicaciones de la cirugía de resección en las neoplasias del esófago, sobre todo en pacientes de edad, donde la apertura torácica está contraindicada.

BIBLIOGRAFIA

1. Akiyama, H.; Soto, Y., y Takahashi, L.: "Immediate pharyngo-gastrorectomy following total esophagectomy by blunt dissection". Journ. Surg., 1:225, 1971.
2. Boretti, J. J., y col.: "Esofagectomía sin toracotomía. Indicaciones y técnicas". Rev. Arg. Cirug., 43:41, 1982.
3. Bueno Ferreira, E.: "Esofagectomía total e esofagogastroplastia transmediastinal posterior semitoracotomía no tratamento do megaesófago". Teses Fac. Medicina. Univ. de São Paulo (Brasil), 1975.
4. Padilla Antoni, F., y col.: "Esofagectomía sin toracotomía". Rev. Arg. Cirug., 48:292, 1985.
5. Pinotti, H.: "Esofagectomía subtotal por túnel transmediastinal sem toracotomía". Rev. Ass. Med. Brasil, 23:395, 1977.
6. Sabas, Ariel, y Abdala, Jorge: "Esofagectomía total sin toracotomía en acalasia". Rev. de F.C.M. de la U.N.C., vol. VII nº 1, 25, 1984.
7. Sabas, Ariel, y Abdala, Jorge: "Esofagectomía sin toracotomía: Consideraciones técnicas diferenciales entre acalasia y cáncer de esófago". Rev. Arg. Cirug., 47:317, 1984.
8. Seineldin, S., y col.: "Esofagectomía sin toracotomía en los carcinomas del tercio inferior del esófago en pacientes de alto riesgo". Rev. Argent. Cirug., 49:164, 1985.