

ESOFAGUECTOMIA SIN TORACOTOMIA

Dr. CESAR BENITEZ ARREGUI¹ y Dr. ERNESTO SALAZAR¹

Se presentan ocho casos de esofaguectomía transhiatal sin toracotomía, realizados por vía cérvico abdominal por los autores en el Servicio de Cirugía General del Hospital "Andrade Marín" de Quito. La indicación operatoria fue en dos casos estenosis benigna y en seis casos carcinoma del esófago. Se describen la técnica operatoria utilizada y la evolución satisfactoria, sin mortalidad y sin complicaciones importantes, con alimentación oral temprana y estancia hospitalaria postoperatoria corta. Se discuten las limitaciones, peligros, ventajas y alternativas de esta técnica. (Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 15 (1 - 2): 28-31, 1990.

Introducción

Las técnicas quirúrgicas clásicas para realizar una esofaguectomía han utilizado una toracotomía. Entre estas técnicas se encuentran:

- a. El acceso a través de una toracotomía izquierda.
- b. La toracofrenolaparotomía izquierda
- c. Las incisiones combinadas abdominal y torácica derecha con anastomosis intratorácica.
- d. Las incisiones combinadas abdominal, torácica derecha y cervical, con anastomosis cervical.

La morbilidad y mortalidad operatorias con estos métodos han sido invariablemente altas (1 - 3).

En los últimos años se ha realizado con buenos resultados la resección esofágica a través del abdomen y cuello sin toracotomía, tanto para enfermedades benignas como malignas, obteniéndose cifras de morbilidad y mortalidad operatorias notablemente menores (4 - 6).

En este artículo se presentan ocho casos

operados por los autores utilizando esta técnica en el Servicio de Cirugía General del Hospital "Andrade Marín".

Material y Métodos

Se describen los ocho casos operados por los autores. Todos pacientes del sexo masculino, cuya edad ha fluctuado entre los 32 y los 68 años. La sintomatología preoperatoria consistió en disfagia y pérdida de peso. El diagnóstico preoperatorio fue en un caso el de estenosis benigna por ingestión de cáusticos, en un caso estenosis benigna por permanencia prolongada de una sonda nasogástrica alimentaria por traumatismo craneoencefálico, en dos casos adenocarcinoma, uno de ellos en un esófago de Barrett, y en cuatro casos carcinoma escamocelular. Todos tuvieron esofagograma y endoscopia preoperatorios, con el diagnóstico histológico de la lesión. Los dos pacientes con estenosis benigna tenían compromiso de todo el esófago torácico fueron sometidos a dilataciones sin resultados satisfactorios y tenían una yunostomía previa para alimentación.

1. Servicio de Cirugía General del Hospital "Carlos Andrade Marín del IESS, Quito.

Los pacientes fueron operados en decúbito dorsal con la cabeza girada hacia el lado derecho. Se realizó una esofaguetomía de aproximadamente las tres cuartas partes distales del órgano, por vías cervical y abdominal, sin toracotomía, trabajando simultáneamente por el cuello y el abdomen. El esófago fue reemplazado por el estómago movilizado y la anastomosis con el esófago proximal se la realizó a nivel del cuello.

Los principales tiempos quirúrgicos abdominales incluyeron las siguientes maniobras: kocherización amplia del duodeno; píloroplastia de Heine-Miculicz; liberación de la curvatura mayor del estómago conservando los vasos gastroepiploicos derechos; liberación de la curvatura menor conservando los vasos gástricos derechos; sección y ligadura de los vasos gástricos izquierdos; ampliación del hiato esofágico mediante maniobra de Pinotti (7); y disección digital roma del esófago en el mediastino posterior hasta la altura del bronquio izquierdo. Los tiempos quirúrgicos cervicales fundamentales comienzan con una incisión por delante y paralela al músculo esternocleidomastoideo izquierdo; diéresis de los planos músculoaponeuróticos; identificación del nervio recurrente; y disección digital del esófago cervical hasta encontrar el plano de disección inferior en el mediastino posterior. Después, se secciona el esófago a través de la incisión cervical; se lo extirpa, y el esófago proximal o la faringe se anastomosa con el fundus del estómago que se lo ha hecho atravesar el lecho esofágico en el mediastino posterior. En todos los casos el fundus llegó con facilidad hasta la altura de la faringe. Se colocaron drenes en el cuello, en mediastino posterior y, en uno de los casos, en cavidad pleural izquierda.

Resultados

En ninguno de los casos ocurrió hemorragia importante en el transoperatorio, siendo aproximadamente de 800 cc la pérdida promedio de sangre. No se presentaron arritmias cardíacas ni hipotensión durante la disección en el

mediastino posterior. No hubo mortalidad operatoria ni perioperatoria. En el postoperatorio inmediato ocurrió neumotórax en 2 casos y hemo-neumotórax en uno, los mismos que fueron solucionados rápidamente con la colocación de una sonda torácica por 4 días. En un caso, en el posoperatorio mediato, ocurrió estenosis relativa de la anastomosis, lo que ameritó la realización de dilataciones. En los tres casos de patología maligna se extirparon con la pieza ganglios mediastinales y abdominales correspondientes a los grupos 111, 110, 112, 1, 2, 7, y 9 en número de 16 en el primer caso, 19 en el segundo y 17 en el tercero. El paciente que tuvo un adenocarcinoma en un esófago de Barrett falleció a los 7 meses por metástasis óseas, sin que hubiera recurrencia en el abdomen ni en el mediastino. Los pacientes comenzaron a alimentarse en todos los casos antes de los 7 días de la operación y la estancia hospitalaria postoperatoria fue de 9 días en promedio.

Discusión y Conclusiones

La esofaguetomía sin toracotomía fue ejecutada por primera vez por Levy en 1898 (8). Denk la realizó en 1913 (9) y Turner en 1933 (10). No se popularizó por pensarse que no era una técnica radical para cáncer. Debido a las altas cifras de morbilidad y mortalidad operatorias y a la corta sobrevida obtenida con las técnicas clásicas que incluyen toracotomía, algunos autores comenzaron a utilizar la técnica motivo de este trabajo para obtener cifras significativamente menores de morbilidad y mortalidad (1 - 6). En carcinoma de esófago torácico medio esta técnica es posiblemente menos radical, pero, no hay que perder de vista que las resecciones esofágicas por cáncer son en el mayor número de casos solamente operaciones paliativas (11). Al estómago lo hemos colocado en el mediastino posterior, pero puede también ser colocado en forma retroesternal. Hemos hecho la substitución del esófago por el estómago pero, en casos en que éste no fuera utilizable, se puede utilizar el colon. En otras situaciones se puede confeccionar un tubo gás-

trico. La maniobra amplia de Kocher permite que el estómago se movilice fácilmente, quedando el píloro a nivel del diafragma. El estómago es un órgano bien irrigado, lo que permite su desvascularización. Hay que conservar y proteger cuidadosamente los vasos gástricos derechos y gastroepiploicos derechos. La píloroplastia no es utilizada por todos los autores. Se la realiza porque los nervios vagos son seccionados durante la esofagectomía. Constituyen alternativas la píloromiotomía o la conservación de los vagos durante esta operación como lo ha descrito Akiyama (12) en patología benigna. Durante la maniobra de Pinotti hay que cuidar el pericardio y las pleuras. Durante la disección mediastínica puede ocurrir arritmias cardíacas e hipotensión arterial. La complicación más grave la constituiría la lesión del bronquio izquierdo. Hay que preservar cuidadosamente el nervio laríngeo recurrente. El fundus del estómago movilizado alcanza fácilmente la faringe. La anastomosis en el cuello es técnicamente sencilla y, en caso de ocurrir una deshicencia, ésta es mejor tolerada que en el tórax. Puede ocurrir estenosis de la anastomosis, la cual requerirá dilataciones. En cuanto a la radicalidad de la operación en casos de carcinoma, si es que

éste asienta en el esófago cervical o en el distal la linfadenectomía que se puede realizar es adecuada. Cuando el tumor se encuentra en el tercio medio del esófago torácico la linfadenectomía se la puede realizar en mejor forma mediante una toracotomía derecha. En nuestros casos se han podido extirpar los ganglios correspondientes a los grupos 111, 110 y 112, a más de los correspondientes a los grupos 1, 2, 7 y 9.

La adherencia del tumor a la aorta o bronquio constituye una contraindicación formal para realizar esta operación, situación que se la puede establecer en el preoperatorio mediante una TAC. Se puede colocar un tubo torácico unilateral o bilateralmente al finalizar la cirugía; si no se lo hace, hay que vigilar la expansión pulmonar para detectar tempranamente un neumotórax.

Esta experiencia inicial con este procedimiento nos ha permitido estar satisfechos por la sencillez relativa de la técnica quirúrgica, por la ausencia de complicaciones importantes, por la ausencia de mortalidad, por la evolución postoperatoria inmediata favorable, por la alimentación oral precoz y la estancia hospitalaria postoperatoria corta.

Abstract

Esophagectomy Without Thoracotomy

This paper describes eight esophageal operations using a transhiatal cervico-abdominal esophagectomy, without doing a thoracotomy, performed by the authors in the Surgical Department at the Andrade Marin Hospital, Quito. Operative indications were two benign esophageal carcinomas. Surgical technique is described. Postoperative evolution was satisfactory in all cases, with no important morbidity and null mortality. Patients were able to swallow early and postoperative hospital stay was short. Limitations, dangers, advantages and alternatives for this technique are discussed.

Referencias bibliográficas

1. Cordiano, C., Fracastoro, G., Mosciaro, O.: Esophagectomy and Esophageal Replacement by Gastric Pull - through Procedure. *Int. Surg.* 64: 17, 1979.
2. Moreno - González, E., García - García, I.: Surgical Treatment of Cancer of the Thoracic Esophagus. *Int Surg* 67: 141, 1982.

3. Kinoshita, Y., Endo, M., Nakayama, K., Sato, H.: Clinical Evaluation of Ten Year Survival Cases After Operation for Upper and Mid-thoracic Esophageal Carcinoma. *Int Surg* 67: 153, 1982.
4. Orringer, M.B., Orringer, J.S.: Esophagotomy without Thoracotomy: a Dangerous Operation?. *J. Thoracic Cardiovasc. Surg* 85: 72, 1983.
5. Akiyama, H., Miyazono, H., Tsurumaru, M.: Use of the Stomach as an Esophageal Substitute. *Ann Surg* 188: 606, 1978.
6. Barbier, P., Becer, C., Wagner, H.: Esophageal Carcinoma: Patient Selection for Transhiatal Esophagotomy. A Prospective Analysis of 50 cases *World. Am J Surg* 12; 263, 1988.
7. Pinotti, H.W., Ellenbogen, G., Pollara, W., Gama-Rodríguez, J., Esophagotomy by Cervical Abdominal Approach. Incision of Diafragn and Transmediastinal Extrapleural Dissection. In: *V Congress International of Chirurgiae Digestivae, Sao Paulo, 1978.*
8. Levy, W.: Versuche uber die Resektion der Speiser "ohre. *Arch Klin Chir* 56: 839, 1898
9. Denk, W.: Zur Radikaloperation des "Osaphaguskarzinoms". *Zentralbl Chir.* 40: 1065, 1913.
10. Turner, G.G.: Excision of the Thoracic Esophagus for Carcinoma with Construction of Extra-thoracic Gullet. *Lancet* 2: 1315, 1933.
11. Baulieux, J., Barth, X., Boulez, J., Peix, J., Maillet, P.: The Advantages of Palliative Resection in Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus. *Int Surg* 70: 197, 1985.
12. Akiyama, H., Tsurumaru, M., Kawamura, T.: Esophageal Stripping with Preservation of the Vagus Nerve. *Int Surg* 67: 125, 1982.