

14342

CANCER DE ESOFAGO: TRATAMIENTO QUIRURGICO ESOFAGUECTOMIA TRANSMEDIASTINAL O TORACOTOMIA?

Dr. Máximo Torres*, Dr. Mario Silva**, Dr. Ramiro Guadalupe**,
 Dr. Carlos Noboa**, Dr. Angel Alarcón**, Dr. Jhoe Arévalo**,
 Dr. Carlos Rodríguez**

RESUMEN

El cáncer de esófago es una de las patologías difíciles de tratar, básicamente por razones que involucran tardanza en el diagnóstico debido a que cuando el paciente presenta los síntomas iniciales como disfagia, el cáncer se encuentra ya en un estadio avanzado, frente a lo cual las alternativas de tratamiento quirúrgico en la gran mayoría son de carácter paliativo, y deben ser analizadas correctamente, guiadas a obtener un adecuado tránsito digestivo para de esta manera ayudar a que los pacientes con esta enfermedad tengan una vida digna y puedan llegar hasta sus últimos días, con la satisfacción de cumplir con una de las funciones básicas del ser humano que es el poder comer.

INTRODUCCION

El tratamiento curativo del cáncer del esófago se fundamenta en erradicar la enfermedad y restaurar el tránsito digestivo, en nuestro medio esto ocurre excepcionalmente.

Los determinantes considerados en el planeamiento quirúrgico son las características estructurales del esófago, la localización y, o estadiamiento del tumor, y la condición clínica del enfermo. Estos determinantes influyen desde la conveniencia del tratamiento quirúrgico, hasta la selección de la técnica quirúrgica más adecuada.

Como la sobrevida a cinco años es relativamente modesta de bajos porcentajes en varios reportes (Cuadro

1), con cualquier alternativa terapéutica, la calidad de vida pasa a ser la principal preocupación tanto como la sobrevida y por tanto la planificación del tratamiento debe incluir el menor potencial de complicaciones e inconveniencias.

CUADRO No. 1.- CARCINOMA DE 1/3 MEDIO DE ESOFAGO

Autor	N. de Pacientes		Mortalidad	
	Operados	Resecados	Operatoria	Sobrevida 5 años
Akakura(4)1978	346	187(54 o/o)	17	10.7
Akiyama(2)1984	295	181(63.9 o/o)	1.7	34.7
Goodner(15)1978	—	268	23	6.2
Orringer(24)1984	48	48(100 o/o)	6	17(3 años)
Spath(31)1978	388	187(48.2 o/o)	11	13.7
Younghusband(35)1978	87	87(100 o/o)	14	13.8

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Indicación:

La indicación se fundamenta en el estadiamiento oncológico (Cuadro 2) y clínico. Hemos entendido, que la cirugía radical potencialmente curativa está indicada preferencialmente hasta el estadio IIA, a pesar de esta indicación la mayoría de los casos se encuentran en estadios más avanzados.

Por esta razón, generalmente las esofaguectomías son

* Médico Tratante del Servicio de Emergencia del H.E.E.
 ** Médicos Residentes Post-Grado de Cirugía H.E.E.
 Universidad Central del Ecuador.

indicadas en los estadíos IIB y III con ausencia de oportunidad de cura. (19,30,34).

CUADRO No. 2.- CANCER DE ESOFAGO — AGRUPADO POR ESTADIOS

Estadío B	T is	N 8	M 8
Estadío I	T 1	N 8	M 8
Estadío II A	T 2	N 8	M 8
	T 2	N 8	M 8
Estadío II B	T 1	N 1	M 8
	T 2	N 1	M 8
Estadío III	T 3	N 1	M 8
	T 4	Cualquier N	M 8
Estadío IV	Cual- quier T	Cualquier N	M 1

Unio Internacional contra o Cáncer, 1987; American Joint Committe on Cancer, 1988.

La otra variable es la situación clínica del paciente. Por tratarse de una cirugía de gran envergadura y por tanto de gran traumatismo, la selección debe ser rigurosa evitándose operar pacientes portadores de limitaciones orgánicas importantes, como pequeña expectativa de sobrevida independiente del cáncer.

Así, pues, la cirugía radical con potencial curativo se restringe a un universo relativamente pequeño y algunos autores hasta evitan hablar de cura para el cáncer de esófago. (2,3,12,24).

Otra condición para que la cirugía sea indicada es la disponibilidad de recursos materiales y humanos adecuados.

ASPECTOS TECNICOS

Los diferentes aspectos técnicos constituyen variables independientes y por esto merecen análisis en conjunto. Así para decidir la vía de acceso, hay que considerar el tipo de resección y de reconstrucción que se pretende realizar.

En lo que concierne a la resección, prevalece el punto de vista de que la porción proximal del estómago representada por parte de la curvatura menor y del fondo gástrico debe ser incluida en monobloque (6). Por otro lado, la resección ampliada, que incluye en la pieza quirúrgica las cadenas ganglionares satélites ("wide resection") constituye punto de controversia porque el acto quirúrgico se torna más complejo y también porque todavía no se ha demostrado su real eficacia (18,24,25,29). Tampoco hay como negar, que con la disección ampliada el estadiamiento quirúrgico es mejor establecido, pudiéndose establecer el pronóstico de manera más precisa. La literatura informa que la presencia de ganglios positivos disminuye la sobrevida de cinco años, además la inclusión de estos ganglios en la disección puede modificar esta sobrevida (7).

A nuestro entender, la opción por la resección ampliada implica escoger la toracotomía derecha como vía de acceso, en cuanto que la inclusión del estómago en su porción serior, en el espécimen no interfiere con el escoger la vía de acceso.

En cuanto a la reconstrucción, existe ahora el consenso de que debe ser realizada en el mismo tiempo que se hace la esofagectomía y que el estómago constituye el mejor elemento para la reconstrucción del tránsito (5,6,7,17,21,22,29). Se reserva la esófago coloplastia para situaciones de excepción como en casos de pacientes gastrectomizados.

Actualmente aún se discute el uso del mediastino posterior o del espacio retroesternal como vía de transposición de la víscera desde el abdomen hasta la región cervical.

Cuando se escoge el mediastino posterior, la víscera interpuesta se aloja en el lecho creado al remover el esófago, la distancia es menor y los muñones anastomóticos permanecen alineados, lo que facilita eventuales maniobras endoscópicas. Ya que existe la posibilidad de recidiva local, la probabilidad de invasión es mayor y en los casos de necesidad de radioterapia postoperatoria se debe cuidar para no comprometer la esofagoplastia.

Al escoger la vía retroesternal implica la transformación de este espacio que es virtual en un continente o espacio real, aumentando con esto el área disecada. A pesar de esto creemos se trata de un procedimiento de fácil ejecución y que a nuestro ver aumenta poco el traumatismo quirúrgico. En esta opción la probabilidad existente de recidiva local es menor y la radioterapia postoperatoria incluye riesgo menor de comprometer la anastomosis. En esta técnica los muñones anastomóticos no se encuentran alineados lo que dificulta las maniobras endoscópicas.

Otro aspecto relativo a la reconstrucción esofagogástrica es el nivel de la anastomosis. Algunos autores prefieren la propuesta por Lewis (21), en la cual la anastomosis es supraaórtica por lo tanto situada en la parte alta del tórax. Por consiguiente los que utilizan ésta opción obligatoriamente realizan una toracotomía derecha.

Como se comprueba los que adoptan la resección ampliada ("wide resection") o las técnicas de Lewis, utilizarán la opción definitiva de la toracotomía derecha. Las demás situaciones constituyen áreas en que las razones de argumentación son menos consistentes y no siempre basados en datos objetivos.

En una primera etapa, las esofagectomías sin toracotomía fueron propuestas y adoptadas por ser imposible el acceso derecho al mediastino (1,8,20). y los resultados fueron mediocres. A partir de la experiencia de Torek (32,33) el progreso de la cirugía torácica a cielo abierto hizo que aquellas experiencias pioneras fueran progresivamente olvidadas, hasta que al final de la década del 60 e inicio de los años 70, fueran

nuevamente retomadas (5,10,11), proyectándose sobre todo a reducir el trauma quirúrgico, considerando la fragilidad de los pacientes portadores de cáncer de esófago, mas aún si presentan obstrucción.

El punto de discusión, entonces pasó a ser si la esofagectomía sin toracotomía sería una cirugía menos traumática o al contrario, si sería un método peligroso (17,23).

Su evolución fue progresiva y actualmente existen innumerables variantes técnicas (5,10,11,16,22,23,26,27) y la grande experiencia acumulada demuestra que el método es seguro y confiable, pudiendo ser utilizada inclusive en muchas otras patologías esofágicas.

De otra parte el argumento inicial de que la toracotomía por ser de hecho un trauma mayor, incluiría un potencial mayor de morbimortalidad más elevado, que sin embargo no ha tenido absoluta comprobación (9,13,14,28). Con base en la información disponible, se puede afirmar que la esofagectomía sin toracotomía es de ejecución más simple, más rápida, la demanda de sangre es menor y la situación del enfermo es mas confortable en el postoperatorio. En el siguiente cuadro (cuadro 3) comparamos las complicaciones de los procedimientos estudiados.

	Akiyama(6),1981 (n 218)	Orringer(24)1984 (n 188)
Pulmonares	28(13.3 o/o)	4(5 o/o)
Fístula	11(5.2 o/o)	5(5 o/o)
Quilotórax	—	2(2 o/o)
Otros	11(5.2 o/o)	2(2 o/o)
Mortalidad	3(1.4 o/o)	6(6 o/o)

Algunos autores como Orringer (24) han empleado sistemáticamente la esofagectomía sin toracotomía en cuanto que otros como Akiyama (6) prefieren la vía torácica para operar los tumores del tercio medio del esófago.

En general creemos que la esofagectomía sin toracotomía está indicada en los tumores de esófago cervical (indicación rara), en los tumores de esófago distal (Abajo del hilio pulmonar) y en los tumores de la transición esófago-gástrica a veces asociados a gastrectomía total). En todas éstas circunstancias, el tumor puede ser disecado bajo visión directa.

La indicación es extendida a los tumores situados entre la horquilla esternal y la carina cuando se trata de tumores superficiales o cuando no traspasan los límites de la musculatura y por lo tanto no exista proceso adherencial.

Se contraindica esta alternativa cuando el tumor penetra de tal modo en la pared que torna al esófago firmemente adherido a las estructuras vecinas. En esta eventualidad creemos que la operación sin toracotomía es muy peligrosa, ya que se puede lesionar órganos y estructuras nobles, debiendo preferirse en éstos

casos el abordaje por toracotomía postero lateral derecha.

Otra posibilidad a considerarse, especialmente en éstos casos límites es iniciar la operación por la vía cervico-abdominal-mediastínica, disecar el esófago mediastínico por vía trans-hiatal y por la horquilla esternal, y si la disección muestra algún riesgo extra, se realiza la esofago gastroplastía por vía retroesternal y a seguir se completa la disección y la exéresis por vía transpleural derecha. Algunos critican esta alternativa por no haber la posibilidad de conseguir extirpar el esófago (6,29,34), y se aceptan como casos eventuales. Es importante indicar que en los casos que se puede extirpar el esófago, dejándose restos de tumor, éste debe ser clipado con proyección a radioterapia posterior.

BIBLIOGRAFIA

1. ACH, A.: Beitrage Zur Pesophaguschirurgie. Verh. Dtsh. Ges. Chir., 42:260-9, 1913.
2. Adelstein, D.J.; Forman, W.B. & Beavers, B.: Esophageal carcinoma: A six year review of the Cleveland Veterans Administration Hospital experience. Cancer, 54:918-23, 1984.
3. Ahmed, M.E. & Gustavsson, S.: Current paliative modalities for esophageal carcinoma. Acta Chir. Scand., 156: 95-8, 1990.
4. Akamura, I, I.; Nakamura, Y.; Kakegawa, T.; Nakayama, R.; Watanabe, H. & Yamashita, H.; Surgery of carcinoma of the esophagus with pre-operative radiation. Chest., 57: 47-57, 1970.
5. Akiyama, H.; Sato, J. & Takahashi, F.: Immediate pharyngogastromy following total esophagectomy by blunt dissection. Jpn. J. Surg., 1:225-31, 1971.
6. Akiyama, H.; Tsurumaru, M. Kawamura, T. & Ono, Y.: Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus: analysis of lymph node involvement. Ann. Surg., 194:438-46, 1981.
7. Akiyama, H.; Tsurumaru, M. Watanabe, G.; Ono, Y.; Udagawa, H. & Susuki, Development of Surgery of carcinoma of the esophagus. Am. J. Surg., 147:9-16, 1984.
8. Denk, W.: Zur radikaloperation des oesophaguskarzinoms. Zb.; Chir. 40: 1065-68, 1913.
9. Editorial. Transhiatal oesophagectomy without thoracotomy. Lancet, 2:2376, 1986.
10. Ferreira, E.A.B.: Esophagectomía subtotal e esofagogastroplastia transmediastinal posterior sem toractomia no tratamento do megaesofago. Sao Paulo, 1975. Tese (Livre-Docencia) - Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo.
11. Ferreira E.A.B.; Paula, R.A.; Branco, P.D. & Raia, A.A. Esophagectomy followed by esophagogastroplasty though the posterior mediastinum without thoracotomy. Chir. Gastroent. (Surg. Gastroent), 10:347-50, 1976.
12. Gatzinsky, P.; Berglin, E. Dernevic, L.; Larsson, I. & William-Olsson, G. Resectional operations and long-term results in carcinoma of the esophagus. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 89: 72-6, 1985.
13. Giuli, R. & Sancho-Garnier, H.: Diagnostic, therapeutic, and prognostic features of cancers of the esophagus, results of the international prospective study conducted by the OESO group (790 patients). Surgery, 99:614-22, 1986.
14. Goldfaden, D.; Orringer, M B & Appelman, H.D.:

- Adenocarcinoma of the distal esophagus and gastric cardia: comparison of results of transhiatal esophagectomy and thoracoabdominal esophagogastrectomy. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 91:242-47, 1986.
15. Goodner, J. T.: Combined (irradiation and surgery) therapy for cancer of the thoracic esophagus. *Prog. Clin. Cancer*, 4:375, 1970.
 16. Gotley, D.C.; Beard, J.; Cooper, M.J.; Britton, D.C.; Williamson, R.C.N.: Abdominocervical (transhiatal) oesophagectomy in the management of oesophageal carcinoma. *Br. J. Surg.*, 77:815-19, 1990.
 17. Gupta, N.M.: Transhiatal esophagectomy. *Acta Chir. Scand*, 156:149-53, 1990.
 18. Isono, K.; Ochiai, T.; Okiyana, K. & Onoda, S.: The treatment of lymph node metastasis from esophageal cancer by extensive lymphadenectomy. *Jpn. J. Surg.*, 20:151-7, 1990.
 19. Kato, H.; Tachimori, Y.; Watanabe H.; Yamaguchi, H.; Ishikawa, T. & Itabashi, M. Superficial esophageal carcinoma: surgical treatment and the results. *Cancer*, 66:2319-23, 1990.
 20. Levy, W.: Versuche uber die resektion der speiserohre, *arch. Klin. Chir.*, 56:839-92, 1898.
 21. Lewis, I.: The surgical treatment of carcinoma of the esophagus. *Br. J. Surg.*, 34:19, 1946.
 22. Orringer, M.B.: Technical aids in performing hiatal esophagectomy without thoracotomy. *Ann. Thorac. Surg.*, 38:128-32, 1984.
 23. Orringer, M.B. & Orringer, J.S.: Esophagectomy without thoracotomy: a dangerous operation? *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 85:72-80, 1983.
 24. Orringer, M.B: Transhiatal esophagectomy without thoracotomy for carcinoma of the thoracic esophagus. *Ann. Surg.*, 200:282-8, 1984.
 25. Orringer MB, Sloan H: Esophagectomy without thoracotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 76:634, 1978.
 26. Pinotti, H.W.: Esofagectomia subtotal por túnel transmediastinal sem toracotomia. *Rev. Assoc. Med. Brasil.*, 23:395, 1977.
 27. Pinotti HW, Zilberstein B, Pollara W, Raia A: Esophagectomy without thoracotomy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 152:344, 1981.
 28. Shaihian, D.M.; Neptune, W.B.; Ellis, F.H. 7 Watkins, E.: Transthoracic versus extrathoracic esophagectomy; mortality, morbidity and long term survival. *Ann. Thorac. Surg.* 41:327-46, 1986.
 29. Skinner, D.B.: En bloc resection for neoplasms of the esophagus and cardia. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 85:89-71, 1983.
 30. Skinner, D.B.; Dowlatsahi, K.D. & DeMeester, T.R.: Potentially curable cancer of the esophagus. *Cancer* 50:2571-5, 1982.
 31. Spath, F.: Heutige operative moglichkeiten beim thorakalen oesophagokarzinom und prognose. *Bruns. Beitr. Klin. Chir.*, 218:289, 1970.
 32. Torek, F.: The first successful case of resection of the thoracic portion of the esophagus for carcinoma. *Surg. Gynec. Obst.*, 60:614-17, 1913.
 33. Torek, F. (1913) *Four. Amer. med. Ass.*, 60, 1533.
 34. Wu, Y.K.; Huang, G. J.; Shao, L.F.; Zhang, Y.D. & Lin, X.S.: Oroggress in the study and surgical treatment of cancer of the esophagus in China, 1940-1980. *J. A. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 84:325-33, 1982.
 35. Younghusbandn, J.D.; Alviwihare, A.P.R.: Carcinoma of the esophagus: factors influencing survival. *Br. J. Surg.*, 57:422-30, 1970.