

NEOPLASMA DE ESOFAGO. ESOFAGECTOMIA (*)

Dres. Eduardo Palma, Eugenio Zerboni y Fabián Mendy

En la sesión del 8 del corriente, se presentó en la media hora previa, por los Dres. B. Urioste y J. Pecantet un interesante caso de neoplasma de esófago, operado con éxito, con esófago-gastrotomía supra-aórtica, señalando a la vez algunos detalles de técnica para efectuar el estudio radiológico posterior.

Como contribución al tema, presentamos otro caso de cáncer de esófago, de buena evolución (hasta el momento), a pesar de hallarse invadidas y adherentes las 2 hojas pleurales, y al solo efecto de señalar el procedimiento operatorio utilizado frente a la abertura de ambas pleuras, así como la técnica radiológica empleada para visualizar más tarde el esófago y el estómago en su nueva situación.

Paciente C. L., de 53 años, visto el 19 de marzo del corriente año, por una disfagia, electiva para los alimentos sólidos, de 2 1/2 meses de duración, acompañada de sensación de constricción supraesternal. La disfagia era continua y progresiva, extendiéndose a los semisólidos, hasta que desde hace un mes puede ingerir sólo líquidos. Presenta un adelgazamiento de 5 kgs. pero no padece de ningún otro trastorno funcional. Su estado general es bueno y el examen clínico y de laboratorio no ofrece particularidades dignas de mención. El examen radiológico (Dr. Zerboni) muestra: Lesión estenosante del esófago torácico situada en la unión del 1/3 medio y 1/3 inferior, que presenta características de lesión orgánica parietal, probablemente neoplásica. Su extensión es de unos 6 cms.,

(*) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía, en la media hora previa, de la sesión del 22 de agosto de 1951.

dejando permeable sólo un desfiladero filiforme. Por encima, hay una moderada dilatación supraestrictural; por debajo, hay un segmento de esófago supradiafragmático de unos 7 cms., de aspecto normal. La esofagoscopia (Dr. Barani) mostró una lesión infiltrante, a 40 cms. de la arcada dentaria. El paciente fué intervenido el 31 de marzo del corriente año, efectuándose una toracotomía amplia, con resección de la 7ª costilla izquierda; la explo-

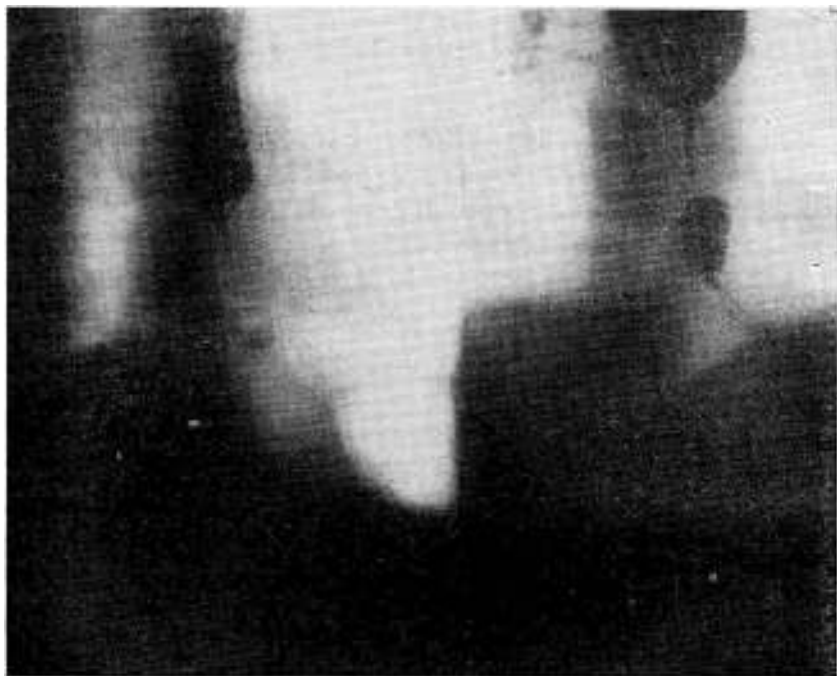


FIG. 1. — Radiografías mostrando la lesión orgánica estenosante del esófago

ración mostró una lesión esofágica de aspecto neoplásico, concordante con los datos radiológicos, sin adenopatía mediastinal, pero con adherencias pleurales. Realizada la anestesia local y forcipresión del frénico y sección amplia del diafragma, se comprobó la existencia de ganglios tumefactos en la cadena de la coronaria estomáquica y gran tuberosidad del estómago, próximo al cardias, sin gran dureza, no existiendo otras lesiones mórbidas. Se efectuó la liberación del esófago hasta la vecindad del cayado aórtico, en sus caras anterior y posterior y borde izquierdo; para esto fué

necesario resecar un segmento de pleura izq., en la zona adherida al neoplasma. La parte derecha no se liberó por sus adherencias pleurales y el temor de abrir la pleura en este momento. Se movilizó ampliamente el estómago, ligando sus pedículos a distancia, conservando su vascularización por la arcada de las gastro-epiploicas, respetándose los troncos de la pilórica y gastro-epiploica derecha. Sección del estómago, junto al cardias y cierre en dos planos. Exéresis de todo el tejido célula-ganglionar de la cadena

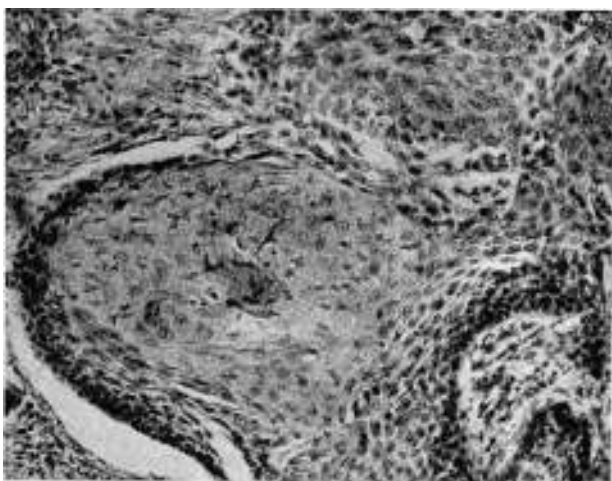


FIG. 2. — Microfotografía que muestra el epitelioma pavimentoso, espinocelular, a celolletas

de la coronaria-estomáquica y de la gran tuberosidad, próxima al cardias. Se efectuó entonces la liberación final del esófago, en su parte lateral derecha, para lo cual fué menester abrir la pleura derecha y resecar un fragmento, en la zona adherente, dejándolo junto a la tumoración.

La apertura de la pleura derecha es un hecho relativamente frecuente en la cirugía del esófago y que, con las técnicas modernas de anestesia, no tiene la trascendencia que se le atribuía hasta hace pocos años. Sweet y otros autores no dan una gran importancia a esta eventualidad y dejan las dos pleuras en comunicación. Nosotros procedimos a cerrar la brecha, en dos tiempos. Primeramente efectuamos una moderada movilización de los labios de ambas pleuras y luego las suturamos con gastergut N° 0 en un plano, uniendo los bordes anteriores y posteriores de las pleurales der. e izq., en un "surjet" continuo, a punto pasado, ini-

ciado en la parte inferior de la herida y extendido hasta la vecindad de su parte superior. Procedimos luego a efectuar la esofagectomía y anastomosis esófago-gástrica, término lateral, abocando el esófago a la cara anterior del estómago, en su parte alta, y efectuando la sutura en dos planos con hilo de seda fino. Utili-



FIG. 3. — Radiografía post-
operatoria, con el paciente de
pie, en posición oblicua

zamos la parte del estómago supra-yacente a la anastomosis para completar el cierre de la pleura derecha luego que el anestésista hubo efectuado la reexpansión pulmonar. El cierre pleural der. fué hermético.

Se cerró finalmente la toracotomía a la manera habitual, dejando un tubo de drenaje pleural izq., aspirativo, en sifón.

La evolución del paciente fué muy favorable. Hubo una reacción pleural izq. con derrame de cierta importancia, que se evacuó por el tubo, quitándose éste al 6º día. En cambio la reacción pleural derecha fué mínima, lo mismo que la fluxión congestivo intersti-



FIG. 4. — Radio-
grafía post-opera-
toria, con el pa-
ciente acostado y
en posición algo
oblicua

cial. Al 7º día se produjo la dehiscencia parcial de los planos superficiales de la toracotomía, que se volvieron a suturar de inmediato.

El paciente fué dado de alta, muy restablecido en su estado general y con deglución y digestión sin trastornos funcionales. En el momento actual continúa bien.

El examen histológico mostró (Dr. Scandroglío):

Macroscópicamente se trata de una formación de 7 cms. de ancho que ocupa la luz esofágica estrechándola considerablemente

transformándola en un trayecto filiforme. Esta formación se propaga también a nivel de la pared a disposición en virola invadiendo la capa muscular la que desaparece macroscópicamente llegando al tejido celular periesofágico. Esta disposición es igual en toda la circunferencia del órgano. En sus dos polos, superior e inferior se propaga en la submucosa teniendo un límite más alto que el que da la superficie interna del órgano. Es de constitución finamente graneada y de color blanco amarillento y de superficie irregular. En el polo inferior existen varias formaciones ganglionares de la cadena estomáquica y también de la gran curva que al parecer no están colonizadas aunque son más grandes que normalmente, pero de consistencia blanda.

Microscópicamente corresponde a un epiteloma pavimentoso espinoso celular con globos córneos muy abundantes infiltrando las paredes del órgano en toda su extensión, llegando al tejido celular periesofágico y haciendo saliencia irregular en la luz superficial donde existe agregado un proceso inflamatorio subagudo con necrosis del tumor. A nivel de sus polos la propagación se hace siguiendo dos vías distintas la submucosa en la que se aíslan islotes neoplásicos que llegan muy cerca del límite de sección quirúrgica en el polo superior. Por fuera de la capa muscular siguiendo la vaina peri-esofágica que tiene una extensión en sus límites similar a la anterior. Procesos ganglionares: adenitis catarral subaguda.

En resumen: Epitelioma primitivo de parte alta del 1/3 inferior de esófago del tipo pavimentoso espinoso celular, a disposición en virola estenosante. Ganglios con adenitis catarral.

Esta observación muestra que la cirugía del esófago puede realizarse aún en los casos en que la extensión del neoplasma ha llegado hasta las hojas pleurales.

Pensamos además que el cierre hermético de la pleura der., ha favorecido la buena evolución del paciente, disminuyendo no sólo el shock durante el acto operatorio, sino también la repercusión post-operatoria sobre el sistema pleuro-pulmonar derecho.

La fragilidad de las hojas pleurales ha hecho siempre difícil su sutura y cierre hermético por los desgarros que se producen

en ella con gran frecuencia y facilidad. La técnica que hemos empleado facilita la realización de este tiempo operatorio, evitando la tensión de la sutura, mediante la liberación de los bordes de la pleura. A la vez, se evita su desgarró por el refuerzo recíproco de la sutura en un solo plano, de las pleuras derecha e izquierda, unidas a la fascia endotorácica. Esto es posible porque la exéresis del esófago, deja un espacio en el mediastino posterior, en el que las pleuras, una vez adosadas y suturadas pueden formar un esbozo de tabique ántero-posterior, desde el pericardio a la aorta. En la parte alta, el esófago residual no permite completar totalmente la sutura pleural, quedando a ese nivel un pequeño orificio. Para obviar este inconveniente, es que aplicamos y suturamos a este nivel, la porción más alta del estómago, la zona suprayacente a la anastomosis esófago-gástrica.

El examen radiológico de un paciente a quien se le ha hecho una amplia resección de esófago es en realidad un estudio nuevo, pues sólo recientemente los progresos de la técnica quirúrgica han permitido el tratamiento con éxito de las afecciones orgánicas del esófago, con resecciones amplias del órgano, habitualmente extirpaciones de neoplasmas o de intensas estenosis por ingestión de cáusticos.

Para que el examen radiológico sea completo, debe estudiarse de modo fundamental tres porciones: 1º) el segmento esofágico residual; 2º) la situación y funcionalidad de la neoboca y 3º) el estómago, que ha sido llevado a una posición anómala, pues su situación es intra-torácica y mediastinal.

Nosotros comenzamos el estudio con la ingestión de bario, de densidad y consistencia habituales para los estudios gástricos. El paciente colocado de pie, bajo la pantalla, absorbe un primer trago de barita, que descende por el esófago y pasa a través de la neoboca al estómago, localizando la situación y altura de la neoboca. Con ello tenemos detalles del calibre y flaccidez de las paredes esofágicas, y vemos si la anastomosis es permeable y qué grado de permeabilidad tiene.

En general la neo-boca está un poco lateralizada y se observa

mejor en posición ligeramente oblicua, para desplazarla de la sombra de la columna y de la imagen cardio-vascular, por lo que hacemos rotar el paciente, examinándolo en oblicua anterior derecha. En posición de pie, es dado observar que a medida que el bario atraviesa la neoboca, recorre un trayecto largo hasta el fondo gástrico y antro pilórico, que en general está por debajo del diafragma, siendo poco visible la parte del estómago vecina a la neo-boca, aun mismo haciendo ingerir al paciente, abundante cantidad de bario. Para subsanar este inconveniente, la mejor posición que hemos encontrado, es el estudio en posición decúbito ventral y ligera rotación sobre la derecha. Siempre en esta posición, se efectúan las tomas radiográficas, las que dejan ver nítidamente todo el segmento del estómago vecino a la neo-boca.

Debemos hacer destacar en los estudios realizados, que el píloro llega a veces a tener una dirección vertical lo mismo que la primera porción del duodeno.

En el caso particular de este paciente, debemos decir que el segmento esofágico restante, tiene sus paredes flácidas, aunque presentan una moderada dilatación. La neo-boca deja pasar fácilmente el medio opaco, sin que exista mayor retención por arriba.

La funcionalidad gástrica y duodenal, es normal.