

ESOFAGECTOMIA POR CANCER EN UN ANCIANO, MEDIANTE TORACO-LAPAROTOMIA SIN RESECCION COSTAL (*)

Dr. Eduardo C. Palma

He considerado de interés traer a la Sociedad de Cirugía a este paciente de 72 años, que padecía de un neoplasma de esófago, pues hasta hace poco tiempo se consideraba que estos enfermos se hallaban más allá de toda terapéutica radical, no debiendo ser operados. Este concepto era aún más firme cuando los pacientes eran de edad avanzada.

Hemos traído también a este enfermo porque en él hemos aplicado nuestra técnica de tóracotomía sin resección costal, ampliándola por primera vez hasta el abdomen, de manera de combinarla con la tóraco-freno-laparotomía de Mérola.

Paciente T. C., de 72 años, que ingresa al Hospital Maciel el 26-XI-51, enviado por el Dr. C. B., por un síndrome disfágico progresivo. Sus trastornos habían comenzado 3 meses antes, en que observó por primera vez su dificultad en ingerir carne, regurgitando los alimentos. Desde entonces persiste su disfagia, no pudiendo deglutir alimentos sólidos, ingiriendo sólo líquidos y papillas. Debe alimentarse a pequeñas dosis, repetidas, aun siendo líquidos y papillas, pues de lo contrario tiene la sensación de que quedan detenidos al nivel de su epigastrio, le sobreviene hipo y luego regurgita sus alimentos. Ha tenido a veces dolores en el epigastrio, irradiados a la región precordial después de las comidas. Tiene gran anorexia y aún repugnancia por los alimentos.

Examen. — Buen estado general, aunque delgado y desnutrido, con las mucosas algo pálidas. El examen del tórax no ofrece particularidades. En el abdomen se comprueba: hepatomegalia difusa, regular, no dolorosa, de consistencia normal, que desborda 3 traveses de dedo el reborde

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la sesión del día 7 de mayo de 1952.

costal. Durante la respiración profunda tiene dolor espontáneo en el epigastrio, que no se reproduce con la palpación. El resto del examen no ofrece particularidades. El estudio radiológico mostró una extensa lesión orgánica, con caracteres neoplásicos, en el 1/3 inferior del esófago, que se extendía hasta el comienzo del 1/3 medio. Por encima había una moderada dilatación esofágica (Fig. 1).

Los exámenes de laboratorio no ofrecieron particularidades, habiendo



FIG. 1. — Radiografía contrastada de esófago, mostrando una extensa lesión orgánica del 1/3 inferior, que llega hasta el comienzo del 1/3 medio.

sólo una discreta hipoproteinemia de 59 gr. 26 %. El examen cardiológico y el electrocardiograma fueron normales para su edad.

Se hizo diagnóstico de neoplasma de esófago, no obstante lo cual y a pesar de su avanzada edad, se decidió intervenirlo a la brevedad posible.

Prevía preparación pre-operatoria intensiva (transfusiones, ácidos aminados, etc.), el paciente fué intervenido el 22-XII-51 (Dres. E. Palma, F. Giuria y Pte. Poch), bajo anestesia general, con intubación (Pte. Cherkof). Se efectuó una amplia toracotomía a nivel del 6° espacio inter-

costal izq., mediante la técnica preconizada por nosotros (1), desprendiéndose los músculos intercostales junto con el periostio, ruginando el borde superior de la costilla, y seccionando oblicuamente en la parte posterior hacia abajo y afuera, el cuello de la 7ª costilla. La exploración del mediastino confirmó la existencia de una lesión neoplásica del esófago, en una altura de unos 6 cms. y al nivel de su 1/3 inferior. No había adenopatías mediastinales perceptibles. Se efectuó la anestesia del nervio frénico izq. y se amplió la incisión, efectuándose la sección del reborde

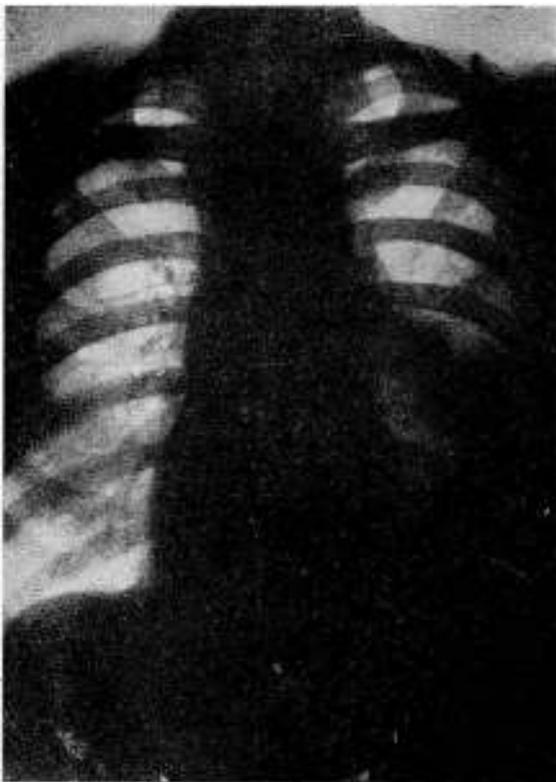


FIG. 2. — Radiografía de tórax, post-operatoria que muestra la buena reconstrucción parietal, con conservación de todas las costillas, la normalidad de los hemitórax y la sombra del estómago en el hemitórax izq.

condro-costal, de una pequeña porción de la pared abdominal (epigastrio) y del diafragma. La exploración abdominal mostró un hígado grande y congestivo, pero sin percibirse metástasis hepáticas. Había ganglios palpables en el peq. epiplón. Se efectuó la liberación amplia del estómago y se realizó la esofagectomía de la 1/2 inferior del esófago torácico y todo el esófago abdominal, resecaándose también todo el pequeño epiplón. Se cerró el orificio del cardias, se efectuó la movilización del estómago, colocándolo en gran parte en el tórax y se realizó la esofago-gastrostomía término-lateral, abocando el esófago a la cara anterior de la parte alta

de la gran tuberosidad del estómago, que se fijó a su vez a la pleura mediastínica. Se cerró luego el diafragma, suturando la parte posterior de la incisión alrededor del antro gástrico. Se puso un tubo de drenaje pleural declive, y previa colocación de penicilina y estreptomina, y reexpansión del pulmón, se cerró la pared por planos, reimplantándose los músculos intercostales al borde superior de la costilla.

La evolución post-operatoria fué muy buena, levantándose el pa-

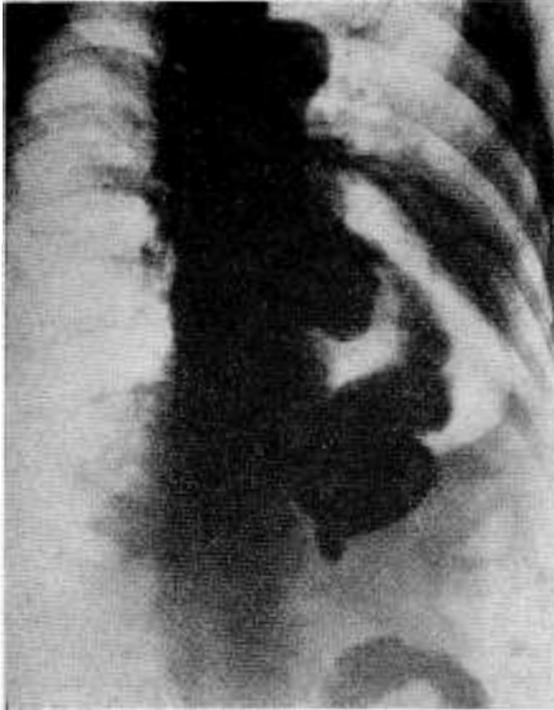


FIG. 3. Radiografía contrastada con barita que muestra el buen funcionamiento de la neo-boca esófago-gástrica y su situación inmediatamente debajo del cayado aórtico. La evacuación gástrica es buena.

ciente a las 24 horas, quitándose el tubo al 4º día y siendo dado de alta, para regresar a campaña, a los 23 días.

La radiografía simple (Fig. 2) mostró la presencia de la sombra gástrica en el tórax, la normalidad de ambos hemitórax y la buena reconstrucción parietal con conservación de todas las costillas.

El estudio radiológico contrastado, previa ingestión de barita, mostró el buen funcionamiento de la neo-boca esófago-gástrica y la buena evacuación del estómago (Fig. 3).

Examen anatómico-patológico (Dr. Scandroglia). — “Examen macroscópico: Macroscópicamente corresponde a un trozo de esófago de una longitud después de la fijación de 10 cms. La superficie externa muestra un aspecto irregular aunque no se observan formaciones ganglionares. Seccionado longitudinalmente se comprueba una neoformación

“ que invade totalmente la pared, destruyendo la capa muscular y lle-
“ gando al plano periesofágico; del lado de la luz del esófago brota irre-
“ gularmente bajo una forma poliposa, vegetante, obturándola en su casi
“ totalidad. El extremo superior del tumor se prolonga hacia la
“ sección quirúrgica en el interior de la luz, pero en la periferia la pared
“ está libre, lo mismo puede decirse del extremo inferior, aunque aquí
“ la invasión parietal es menos acusada. Examen microscópico: Microscó-

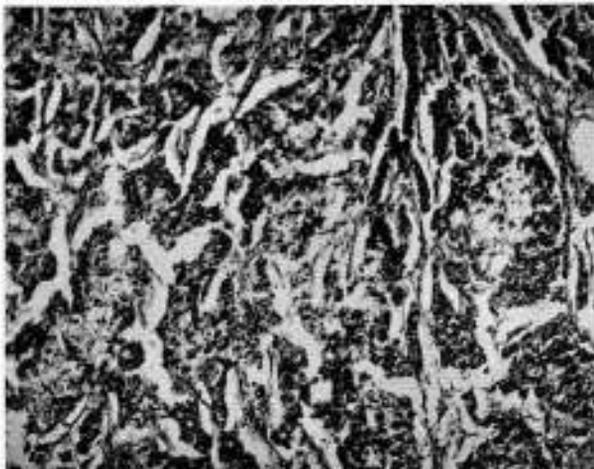


FIG. 4. — Microfotografía mostrando el epitelio pavimentososo, basocelular, a disposición cordonal.

“ picamente se trata de un epitelio pavimentososo basocelular, muy infil-
“ trante, tanto en la totalidad de la pared, como en el sentido longitu-
“ dinal, llegando en el extremo inferior a la mucosa gástrica, a la que in-
“ filtra desde la submucosa. El ganglio epiploico presenta una coloniza-
“ ción neoplásica secundaria. En resumen: epitelio primitivo del esó-
“ fago muy infiltrante de tipo pavimentososo basocelular, con colonización
“ neoplásica de un ganglio del epiploico.”

La evolución ulterior del paciente ha sido muy buena hasta el momento. Ha aumentado varios kilogramos de peso, no teniendo la menor molestia, disfagia, ni dispepsia, ni presentando hasta este momento signo alguno de recidiva.

La observación de un caso, no permite sacar conclusiones. Sin embargo, creemos que la cirugía del cáncer del esófago debe ser realizada con mayor frecuencia, aún en casos como éste, en que la gran extensión de las lesiones y lo avanzado de la edad del paciente, podrían haber sido consideradas como contraindicaciones absolutas para la intervención.

En cuanto a la técnica de tóraco-laparotomía que empleamos, creemos que ofrece un amplio abordaje operatorio, es de rápida realización y permite una perfecta reconstrucción parietal, que ayuda a la buena evolución post-operatoria del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) PALMA, (E. C.). — Contribución a la técnica de la toracotomía sin resección costal. Tomo II Congreso Uruguayo de Cirugía, 1951, páginas 256 - 266.

Dr. Urioste. — Yo creo que todo lo que contribuya al mejoramiento técnico tanto de la abertura como del cierre de la toracotomía es una cosa que va a redundar en beneficio de todas las intervenciones del tórax.

Creo que ese concepto del Dr. Palma que tiene de la reconstrucción anatomo-funcional de la incisión torácica debe ser tenido en cuenta lo más que sea posible, pues es de lo más sensato.

Nosotros, con un concepto similar, cerramos el tórax tratando de conservar el osteoperitio de la costilla y entonces hacemos, al cerrar la toracotomía un surget con cagut crómico 0 o Nº 1, surget hermético o si no pasando puntos separados a un centímetro uno de otro, de hilo 16 o 40, según las circunstancias o combinándolos, y nos permite tener el mismo resultado del Dr. Palma, es decir un cierre hermético y tener después una reconstrucción de ese lecho, que al cabo de un tiempo se ve que, en parte, la costilla se ha modelado de nuevo.

Los resultados funcionales son exactamente iguales que los relata el Dr. Palma. Creo que son cosas muy similares, que deben hacerse en beneficio del enfermo porque una buena toracotomía evita muchas complicaciones después del acto operatorio.

Dr. Palma. — Agradezco las palabras del Dr. Urioste.