

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Juan Soto Blanco

CIRUGIA DEL NEOPLASMA DE ESOFAGO POR VIA COMBINADA ABDOMINAL Y TORACICA DERECHA (*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

La nueva vía combinada abdominal y torácica derecha para el abordaje del esófago ha sido llevada a cabo con resultados tan alentadores que ha determinado un resurgimiento de la confianza en la acción efectiva de la cirugía en el tratamiento del cáncer de esófago.

Planeada por Lewis ⁽¹⁾ (1947) para el cáncer del tercio medio, realizada por Mac Mannus ⁽²⁾ (1948), ha sido mejorada por Kent y Harbison ⁽³⁾ (1950) y últimamente por Mac Mannus ⁽⁴⁾ (1952).

En sus comienzos se llevaba a cabo en dos tiempos con 7 a 15 días de intervalo entre cada uno. En el primer tiempo, por incisión paramediana izquierda, se liberaba el estómago menos su parte alta y en el segundo tiempo, por abordaje torácico derecho, se pasaba el estómago al tórax, se resecaba el tumor esofágico y se cumplía la anastomosis esófago - gástrica. Los adelantos progresivos han simplificado la técnica suprimiendo la yeyunostomía previa y realizando la operación en dos tiempos en un solo acto quirúrgico.

Presentación de casos.

Con la técnica de la vía torácica derecha se abordaron 7 enfermos: 5 de tercio medio y 2 localizados en el tercio inferior y cardio-esófago.

(1) Presentado a la Sociedad de Cirugía en la sesión dedicada a la Clínica el 24 de octubre de 1956.

CASO 1. — Carmelo C. Enviado por el Dr. José C. Vercesi. Ingreso: 15 abril 1955. Enfermo de 51 años con 4 meses de disfagia, sialorrea, adelgazamiento y estado general desmejorado.

Radiografía: Estenosis en unión de tercio medio con tercio inferior del esófago (Fig. 1).

Esofagoscopia: A ese nivel, tumoración vegetante.



FIG. 1. — Carmelo C. Estrechez orgánica al nivel de la unión del tercio medio del esófago con el tercio inferior.

Informe de la biopsia (Dr. Alberto Matteo): Epitelioma malpighiano espinocelular con atipismo marcado.

14 de junio de 1955: Resección del neoplasma con dos equipos, en un primer tiempo abdominal y un segundo por toracotomía derecha.

El tumor del esófago (Fig. 2) se hallaba situado al nivel del pedículo pulmonar y medía 7 cms. de largo por 2 cms. de ancho, adherido en la parte posterior donde presentaba 2 o 3 pequeñas adenopatías que se extirparon en block con el tumor.

Postoperatorio satisfactorio. Estudio radiológico (Fig. 3) que evidencia un buen pasaje baritado a través de la neoboca esófago-gástrica. Alta en buenas condiciones con aumento de 6 kgs. de peso, recuperación de fuerzas y pudiendo comer de todo.

Al año y 4 meses: bien.

CASO 2. — Benito B. Enviado por el Dr. Vicente Blanco González. 46 años. Con 5 meses de disfagia, toma ligera del estado general.

A la radiografía (Fig. 4) y esofagoscopia: Neoplasma en unión de

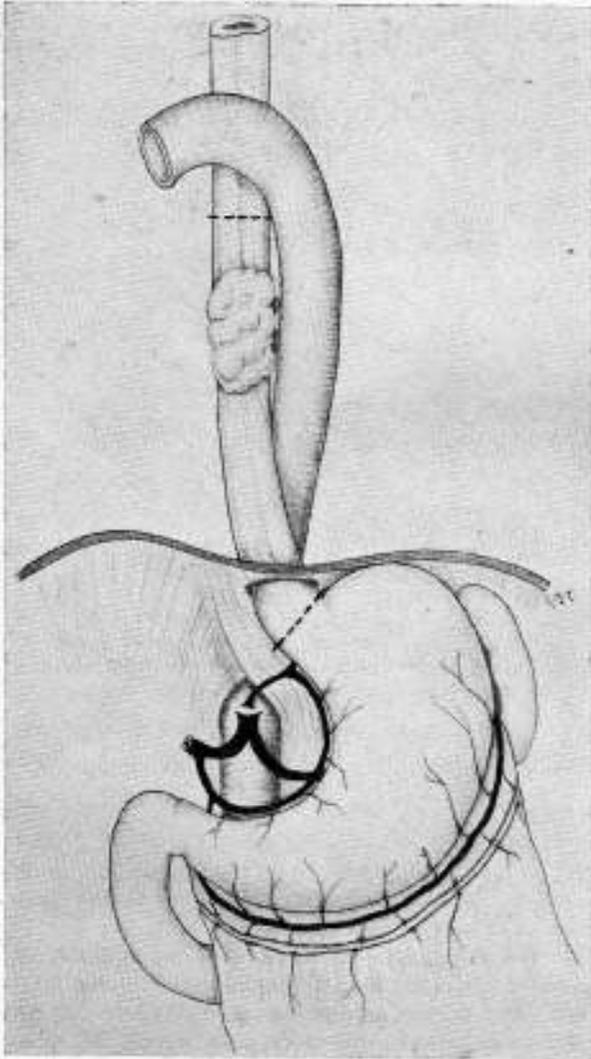


FIG. 2. — Carmelo C. Neoplasma de esófago, de tercio medio, con tres pequeñas adenopatías que se extirparon en block con el tumor.

1/3 medio con 1/3 inferior del esófago. Biopsia: Epitelioma pavimentos malpighiano indiferenciado (Dr. Matteo).

Operación 14 mayo 1956: por vía combinada abdominal y torácica derecha, comprobándose tumor esofágico en forma de huso de 5 cms. de largo por 3 cms. de ancho a 3 dedos por debajo de la vena acigos.

El examen anatómo-patológico (Fig. 5) (Dr. Matteo y Br. Toledo) muestra una pieza de resección esofágica de 15 cms. de largo con un neo úlcero-vegetante de 6 cms. en su parte media que toma toda la circunferencia del órgano e infiltra en profundidad hasta el periesófago, que corresponde a un epiteloma pavimentoso malpighiano.

Postoperatorio satisfactorio. El estudio radiológico (Fig. 6) muestra /

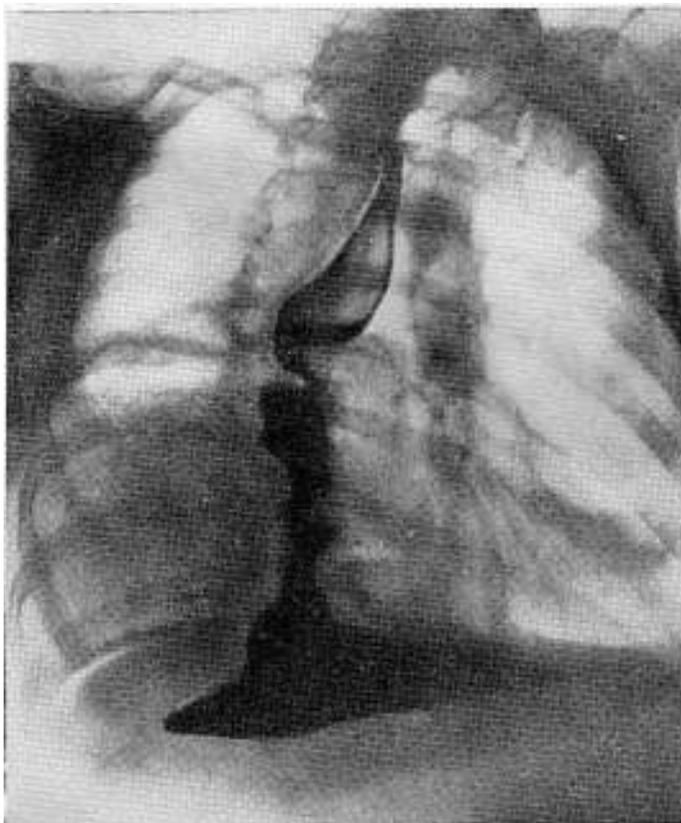


FIG. 3. — Carmelo C. Buen pasaje baritado a través de la anastomosis esófago-gástrica.

buen funcionamiento de la neoboca. A los 5 meses: bien. Aumentó 11 kgs. de peso (de 52 a 63). No hay trastornos a la deglución ni presenta molestias torácicas al alimentarse.

CASO 3. — ALEJO T. Enviado por el Dr. Ruben Curi. Ingreso: 13 de diciembre de 1955. Enfermo de 45 años con disfagia progresiva datando de 5 meses, con adelgazamiento de 15 kilos.

Radiografía, Esofagoscopia: Neoplasma de 1/3 inferior de esófago. Operación 8 de febrero de 1956: Esqueletización gástrica y, como

la presión arterial permanece baja, se practica el segundo tiempo a los dos días. Se trataba de un neoplasma de 1/3 inferior de esófago y cardias (Fig. 7) que infiltraba el esófago abdominal con pequeñas adenopatías sobre la pequeña curva y 3 adenopatías como grano de maíz sobre el tronco celiaco, que histológicamente no presentaban infiltración neoplásica. Resección esófago-gástrica alta.

Postoperatorio satisfactorio. Estudio radiológico (fig. 8): demues-



FIG. 4. — Benito B.
Estenosis del esófago
al nivel de la unión
del tercio medio con
el tercio inferior, de
aspecto orgánico.

tra un buen pasaje a través de la neoboca esófago-gástrica. Alta en buenas condiciones. A los 8 ½ meses aumentó 8 ½ kgs. y se reintegró a su trabajo de albañil, no acusando trastornos a la ingestión de alimentos.

CASO 4. — JOSEFA C. de B. Envía Dr. Ruben Curi. Ingresa 30 agosto 1956. Enferma de 65 años, con un mes de disfagia, sialorrea, regurgitaciones.

A la radiografía: Estenosis del 1/3 inferior del esófago con dificultad de tránsito. Esofagoscopia: Zona irregular ulcerada en la unión del 1/3 medio con el 1/3 inferior del esófago. La biopsia informa que

si se puede establecer por esofagoscopia que la zona biopsiada está lejos del cardias, corresponde a una masa adenomatosa.

Operación: 19 setiembre 1956. Se comprueba una tumoración palpable en la cara posterior del 1/3 inferior del esófago, con periesofa-

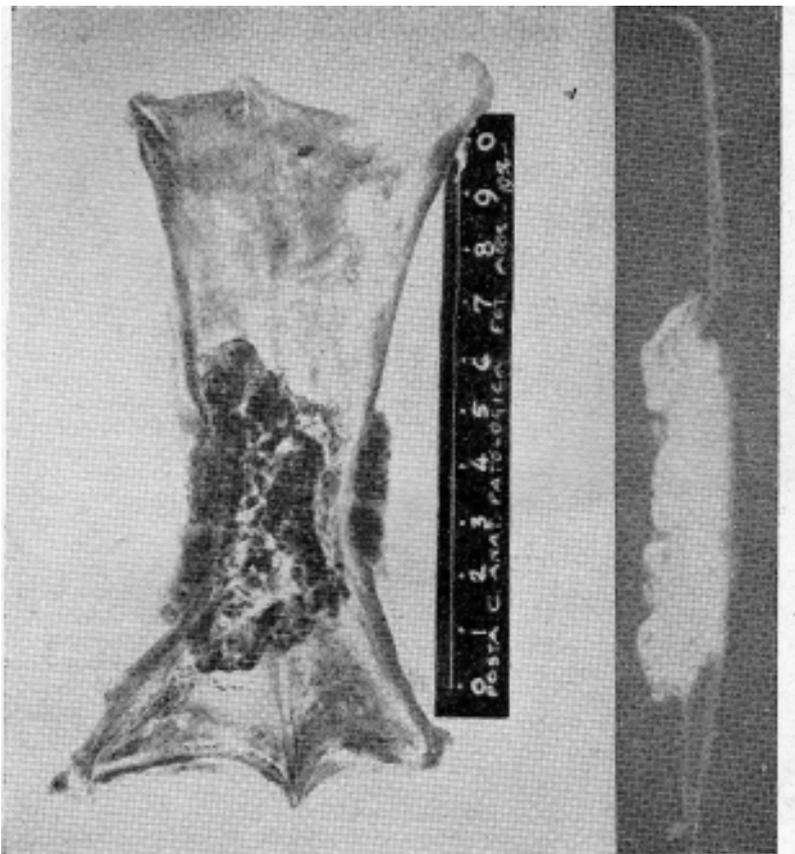


FIG. 5. — Benito B. La fotografía de la pieza extirpada documenta la amplia resección llevada a cabo por encima y por debajo del tumor. En la sección se muestra el esófago normal por encima y por debajo del tumor.

gitis. Resección del esófago por vía combinada abdominal y torácica derecha.

El estudio microscópico demostró que no se trataba de un neoplasma sino de una ulceración del esófago que amputaba la capa muscular, con los caracteres de una úlcera crónica con signos de actividad.

Evolución satisfactoria. Alta en buenas condiciones.

CASO 5. — Carmen C. de V. Ingresó el 17 julio 1956. Envía Dr. Germán Rubio del Servicio de Gastroenterología. 76 años, disfagia progresiva desde hace 3 meses. La radiografía, la esofagoscopia (Dr. Saavedra) y la biopsia (Dr. A. Matteo y Br. N. Toledo) muestran la existencia de un neoplasma de tercio medio de esófago con los caracteres de epiteloma malpighiano.

Operación: 23 julio 1956. Por vía combinada abdomino-torácica derecha, se comprobó una gran masa de adenopatías neoplásicas de $3\frac{1}{2}$

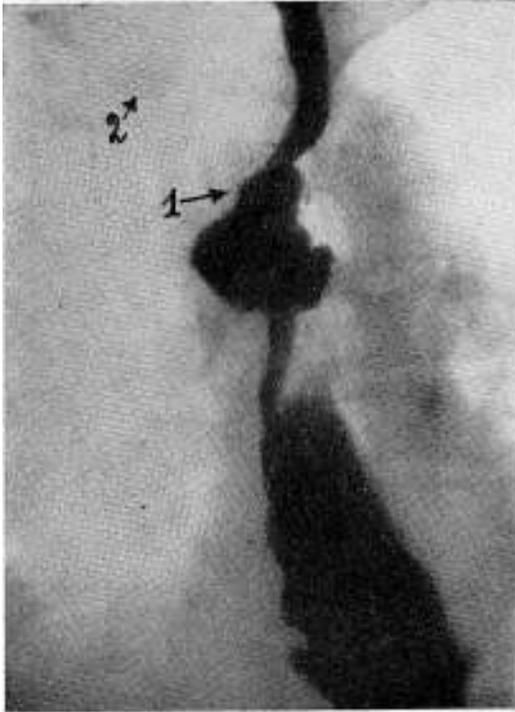


FIG. 6. — Benito B. La radiografía -postoperatoria muestra un buen pasaje a través de la neoboca. En este documento se aprecia el estómago en el tórax y la amplia resección esofágica realizada, ya que la anastomosis esófago - gástrica (1) se encuentra inmediatamente por debajo de la clavícula (2).

cms. de largo por 2 cms. de ancho en la parte alta de la pequeña curva gástrica y adenopatías celiacas que pudieron ser extirpadas. El neo de tercio medio de esófago se encontraba adherido a la aorta, lográndose cuidadosamente la liberación, quedando la aorta limpia sin su vaina externa.

Fallece a las 6 horas del post operatorio.

CASOS 6 y 7. — Modesto R. y Lino A.

En los dos casos restantes se trataba, el primero (Modesto R.), de un neoplasma del tercio medio, al cual se le practicó la esqueletización gástrica por vía abdominal y luego, al llevar a cabo el segundo tiempo por toracotomía derecha, el neoplasma se presentaba adherente al pericardio y a la aorta, contraindicando su exéresis, terminando por realizar

una gastrostomía; el segundo (Lino A.), neoplasma del tercio inferior del esófago y cardias, tampoco pudo ser extirpado por presentar metástasis hepáticas, terminándose también por una gastrostomía. Fueron dados de alta a los 14 y a los 9 días, respectivamente.

De los 7 casos operados, 5 fueron resecados, de los cuales 1 falleció y 4 viven; los 2 últimos resultaron inextirpables.

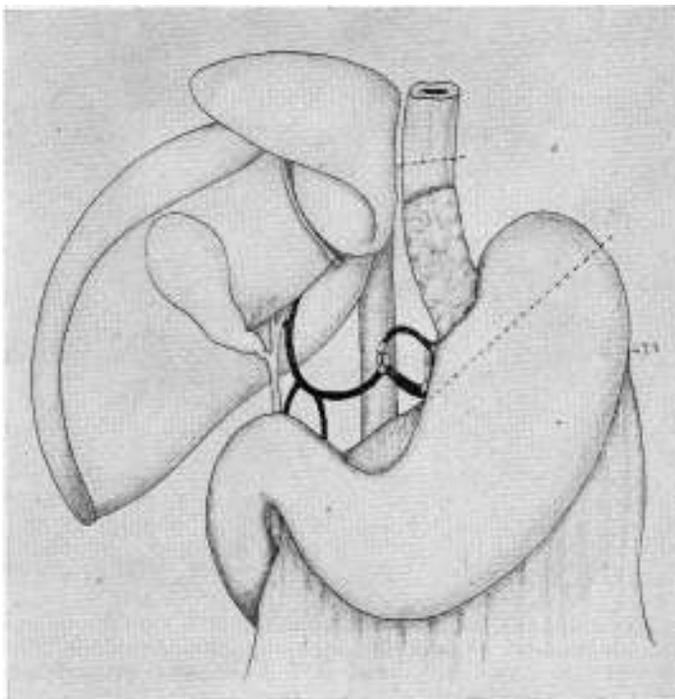


FIG. 7. — Alejo T. Neoplasma de tercio inferior de esófago infiltrando el esófago abdominal; adenopatías sobre pequeña curva; 3 adenopatías celíacas sin colonización neoplásica.

Técnica utilizada.

La técnica que hemos utilizado es la siguiente:

a) Tiempo abdominal: incisión mediana supraumbilical y esqueletización gástrica, es decir, liberación completa gastro-cardio-esofágica conservando como única irrigación del estómago a la arteria pilórica y la gastroepiploica derecha (Fig. 9) y procediendo a la ligadura y sección de la arteria gastroepiploica iz-

quierda, vasos cortos, arteria coronaria-estomáquica y vasos cardio-esófago-tuberositarios posteriores. Dilatación digital del anillo esofágico y cierre del abdomen.

b) Tiempo torácico: a continuación, toracotomía derecha con resección de la 5ª o 6ª costilla. Ligadura y sección de la vena acigos, liberación del tumor y del esófago, pasaje del estómago

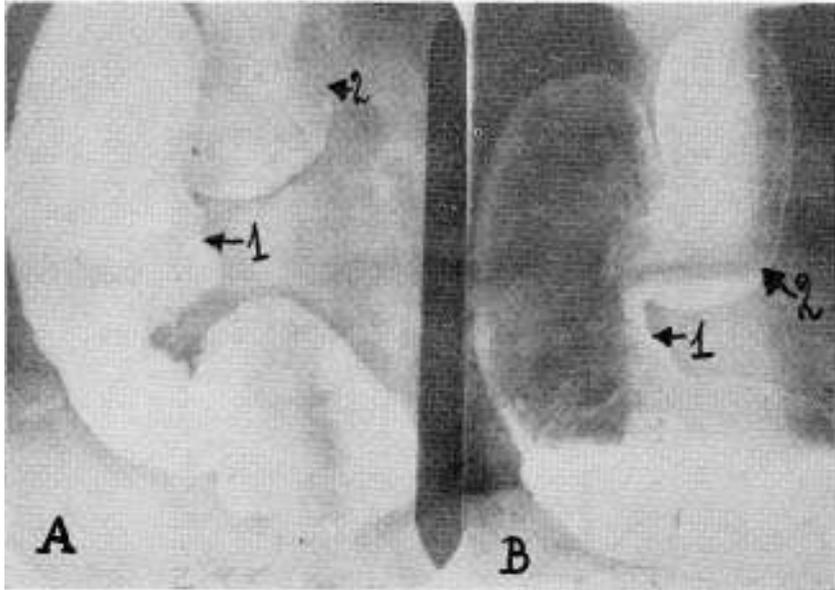


Fig. 8. —Alejo T. Estómago en el tórax (1). Esófago (2). Se aprecia el buen funcionamiento de la anastomosis esófago-gástrica. Por encima de ella el estómago forma una verdadera cámara gástrica, reproduciendo el ángulo cardio-esófago-gástrico. En A el estómago relleno; en B el estómago vacío.

al tórax y anastomosis esófago-gástrica término-lateral (Fig. 10) con resección del tumor y de sus adenopatías. Cierre del tórax con drenaje bajo agua.

Comparación de la vía de abordaje combinada abdominal y torácica derecha con la vía transtorácica y transdiafragmática izquierda.

Antes de utilizar para el abordaje del esófago la vía combinada abdominal y torácica derecha, realizábamos la resección de los neoplasmas del esófago por la vía transtorácica y trans-

diafragmática izquierda propuesta por Garlock (1) (1944). El análisis comparativo de ambos abordajes permite inclinarse definitivamente hacia la vía derecha.

En efecto, mientras que del lado izquierdo el cayado de la aorta constituye un gran obstáculo que es necesario movilizar

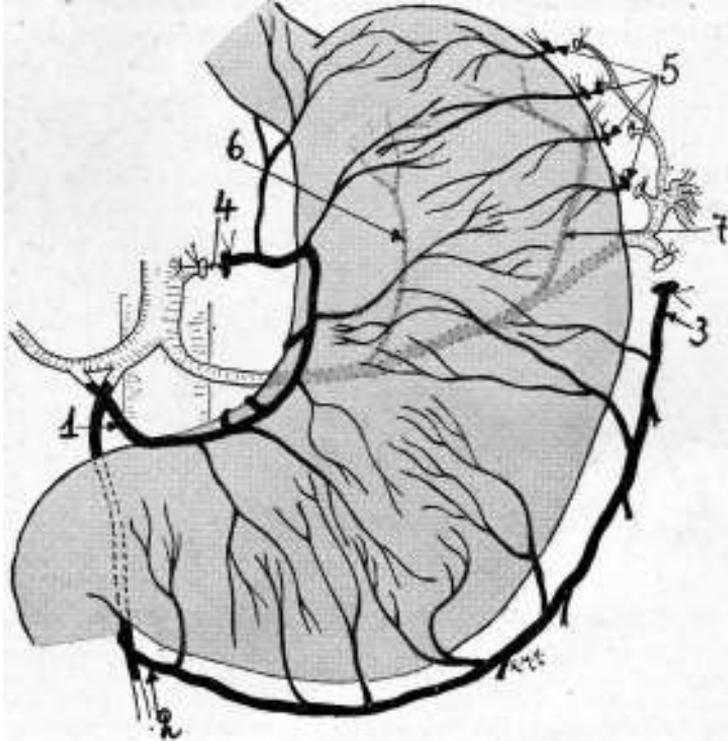


FIG. 9. — Esqueletización gástrica. Se respetan la arteria pilórica (1) y la gastro-epiploica derecha (2). Sección de la arteria gastro-epiploica izquierda (3) y de la coronaria estomacal (4), ambas en su origen, conservando las arcadas cardio-gastro-esofágicas. Sección de los vasos cortos (5) y de los gastro-esófago-tuberositarios de origen esplénico (6) o de la arteria polar superior del bazo (7).

seccionando y ligando varias arterias intercostales para lograr finalmente la exteriorización y transposición del esófago por arriba y a la izquierda de la aorta, del lado derecho la simple ligadura y sección de la vena acigos permite exponer sin dificultades el esófago torácico, el cual queda a la vista del cirujano desde el cuello en la parte alta hasta el diafragma en la parte

baja; la disección ciega a izquierda se transforma en una clara y amplia liberación bajo la vista por el lado derecho. Al suprimir las repetidas manipulaciones sobre la aorta se provocan menos reflejos pulmonares y cardíacos y la operación no sólo es más rápida y más fácil, sino que transcurre en un medio de mayor tranquilidad para el anestesista y menos registro de shock.

De la comparación de ambas técnicas surge también de ma-

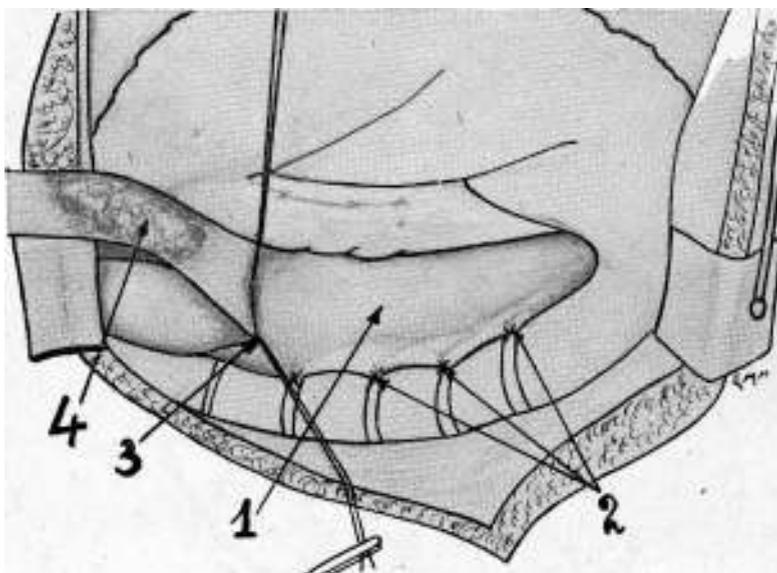


FIG. 10. — Anastomosis esófago-gástrica término-lateral. El estómago (1) se ha fijado por varios puntos a la pared interna del tórax (2). Comienzo de la sutura gastro-esofágica (3). El esófago con el tumor (4) aparece traccionado hacia arriba.

nera evidente que el tiempo difícil y trascendental de la anastomosis esófago-gástrica se lleva a cabo por la vía derecha con mayor comodidad y, por lo tanto, con mayor seguridad. Además, el arco aórtico no solamente no incomoda en el curso de la liberación del esófago, sino que constituye una barrera anatómica que evita más fácilmente el neumotórax bilateral.

La amplitud que ofrece la vía derecha favorece una más fácil y cómoda extirpación de las adenopatías neoplásicas, llevándose a cabo un vaciamiento ganglionar más completo. Una ventaja sobre la cual es necesario insistir es que el tiempo de tórax abier-

to por la vía derecha se reduce a la mitad, mientras que por la vía izquierda el tórax permanece expuesto durante todo el curso de esta larga operación. La reducción del tiempo de tórax abierto permite obtener actos quirúrgicos más sencillos y postoperatorios inmediatos mucho más satisfactorios por la evidente disminución del shock quirúrgico.

Todas estas ventajas explican el porqué, mientras Garlock y Klein ⁽²⁾ (1954) presentan una mortalidad operatoria del 32 % para los neoplasmas del tercio medio y superior intervenidos por vía izquierda, Mathewson y Cohn ⁽⁷⁾ (1950) presentan un auspicioso porcentaje del 0 % para el abordaje derecho, ya que de 7 operados 7 sobrevivieron. Teniendo en cuenta igualmente los operados de Mac-Mannus ⁽⁶⁾ (1952) es indiscutible que la vía derecha reduce la mortalidad de manera elocuente.

Es también importante considerar que por la vía combinada abdominal y torácica derecha no es necesario incindir el diafragma y en el postoperatorio la movilidad diafragmática no queda disminuída y se observan menos atelectasias postoperatorias y se reducen las neumonitis del lóbulo inferior.

Por la comparación de ambas técnicas hemos quedado convencidos de que la vía derecha es la vía de abordaje de elección para los neoplasmas del tercio medio del esófago.

Ampliación de la vía combinada abdominal y torácica derecha para el tratamiento de los neoplasmas del tercio inferior del esófago y de los neoplasmas cardio-esofágicos.

La impresión satisfactoria recogida con el abordaje derecho para el tercio medio del esófago nos llevó luego a utilizarlo en los neoplasmas del tercio inferior y cardio-esofágicos, coincidiendo así con lo preconizado por Mac Mannus ⁽⁶⁾ (1952) quien lo aplicaba a todos los neoplasmas del esófago desde el vértice del tórax al hiatus diafragmático.

Así lo pusimos en práctica en el caso N° 3, que se trataba de un neoplasma del tercio inferior del esófago y cardias, y en el caso N° 4, con una tumoración del tercio inferior del esófago con periesofagitis que luego el anatomopatólogo demostró tratarse de una úlcera crónica con signos de actividad.

La utilización de la vía derecha en los neoplasmas bajos del esófago ha sido de resultados alentadores.

Operación con dos equipos.

Hemos realizado esta operación con dos equipos quirúrgicos, uno para el tiempo abdominal y toracotomía, y otro para la ejecución de la anastomosis esófago-gástrica. De esta manera se reduce el tiempo total de la operación y la técnica se cumple con mayor justeza; la anastomosis esófago-gástrica que constituye el tiempo más delicado y de mayor trascendencia es practicada al comienzo de la actuación del segundo equipo, sin la fatiga física a que se vería expuesto el cirujano si hubiera realizado la etapa anterior.

Extensión de la resección del esófago vecino a la zona neoplásica.

Como se puede apreciar en la fotografía de una pieza resecada (Fig. 5) la vía derecha permite una amplia extirpación del esófago por encima del borde superior del tumor, lo que pone a cubierto de suturas realizadas sobre zonas de infiltración neoplásica.

Esta amplia resección queda documentada en la Fig. 6 donde la radiografía muestra cómo la anastomosis esófago-gástrica ha quedado situada inmediatamente por debajo de la clavícula.

Sutura esófago-gástrica término-lateral.

Hemos preferido llevar a cabo la anastomosis esófago-gástrica por medio de una sutura término-lateral y no término-terminal, es decir, cerrar el cabo gástrico superior y abocar el esófago sobre una pastilla emplazada en la cara anterior del estómago, no sólo porque así nos ponemos a cubierto de una falla de la anastomosis por déficit vascular en el extremo gástrico, sino además porque este tipo de anastomosis permite, en cierto modo, reconstruir el ángulo esófago-cardio-tuberositario del abocamiento normal del esófago en el estómago. Esto se documenta claramente en la Fig. 8.

RESUMEN

1) Hemos abandonado la vía izquierda en la cirugía del tercio medio del esófago y se propicia realizar la vía combinada abdominal y torácica derecha con dos equipos quirúrgicos.

2) Esta nueva técnica permite una más amplia y clara ex-

posición del esófago torácico, la extirpación de las adenopatías es más completa, el arco aórtico no interfiere en la liberación del esófago, el tiempo de tórax abierto se reduce a la mitad, se evita la sección del diafragma, disminuyendo las atelectasias post-operatorias y neumonitis del lóbulo inferior, la operación es más rápida y menos chocante y la mortalidad operatoria y post-operatoria se reduce considerablemente.

3) Esta vía también se aplicó satisfactoriamente a los neoplasmas del tercio inferior del esófago y a los cardioesofágicos.

SUMMARY

1) We have abandoned the left approach in surgery of the middle third of the esophagus and recommend the use of the combined abdominal and right thoracic approach with two surgical teams.

2) This new technique allows a wider and clearer exposure of the thoracic esophagus, the removal of the lymph nodes is more complete, the aortic arch does not interfere with the freeing of the esophagus, the time during which the thorax remains open is reduced to half, incision of the diaphragm is avoided, thus reducing the number of postoperative atelectasies and pneumonites of the inferior lobe, the operation is quicker and less shocking and the operative and postoperative mortality rate is considerably reduced.

3) This approach has also been satisfactorily used for lower third and cardio-esophageal cancers.

Homero Cosco Montaldo
Avda. Fco. Soca 1361
Montevideo - Uruguay

BIBLIOGRAFIA

1. GARLOCK, J. H. "Re-Establishment of Esophago-Gastric Continuity Following Resection of the Esophagus for Carcinoma of the Middle Third". Surg. Gynec. and Obst. 78; 23; 1944.
2. GARLOCK, J. H. y KLEIN, S. H. — "Tratamiento quirúrgico del carcinoma del esófago y del cardias". Anales de Cirugía, 13; 1; 24 - 42; 1954.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

3. KENT, E. M. y HARBISON, S. P. — “The Combined Abdominal and Right Thoracic Approach for Lesions of the Middle and Upper Third of the Esophagus”. *The J. of Thorac. Surg.* 19; 4; 559 - 567; 1950.
 4. LEWIS, I. — “The Surgical Treatment of Carcinoma of the Esophagus. With Special Reference to a New Operation for Growths of the Middle Third”. *The Brit. J. Surg.* 34; 133; 18 - 31; 1947.
 5. MACMANNUS, J. E. — *Surgery* 24; 9; 1948.
 6. MACMANNUS, J. E. — “Esophageal Resection. Advantages and Management of the Combined One-Stage Left-Abdominal and Right Thoracic Approach for Resection of Neoplastic Lesions. *The Am. J. of Surg.* 84; 1; 61 - 71; 1952.
 7. MATHEWSON, C. y COHN, R. — “Combined Abdominal and Right Thoracic Approach to Lesions of the Esophagus”. *Arch. Surg.* 61; 229; 1950.
-