

(Clínica Quirúrgica Prof. Chifflet)

NEOPLASMA DE ESOFAGO (*)

(A propósito de 8 resecciones subaórticas.
Evolución alejada)

Dr. Luis Alberto Praderi

Al enfrentarse a un enfermo con neoplasma de esófago, tanto médicos como cirujanos actúan con un especial estado de pesimismo y de derrota, quizás más evidente que para el neoplasma en otras localizaciones.

Este estado de ánimo es fruto de experiencia vivida y de datos recogidos sobre esta afección en libros clásicos o en estadísticas de años atrás. En consecuencia la decisión terapéutica que se adopta está impregnada de cierta impotencia; el médico ha oído hablar de que la cirugía da pocos resultados, sabe de algunos casos esporádicos que fracasaron; el cirujano hace pesar el platillo de contraindicaciones e inconvenientes conociendo que las lesiones le llegan generalmente evolucionadas e inextirpables, temiendo ese postoperatorio que demuestre en una fistula el fracaso quirúrgico, etc.

Queda pues la alternativa rápida, de enviar al enfermo para tratamiento radiante.

Comparemos lo que ocurre con un neoplasma de estómago, o de colon o de seno, etc.; el médico lo pasa de inmediato al cirujano y éste busca afanosamente los caracteres de la lesión, su extensión, pero lo último que pierde es el deseo de practicar una exéresis o hacer algo positivo para mejorar la situación.

La gran masa neoplásica del estómago, aún con metástasis solitarias, entra en el campo de las resecciones, pues bien sabe que le ofrece una chance más al enfermo, sobre la cual no puede predecir su duración.

No ignoro que las situaciones son distintas, que el neoplas-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 21 de septiembre de 1960.

ma de esófago en determinadas localizaciones no es quirúrgico, que su abordaje y reconstrucción postexéresis es más dificultosa, etc., pero aún así se explica poco tan distinto comportamiento.

La cirugía del esófago evoluciona; 14 años atrás oíamos hablar del Thorek, y más aún de las resecciones ciegas de esófago por vía combinada cérvico-abdominal. Esto indica que el ritmo de adelantos que se le puede ofrecer a la cirugía esofágica es considerable. Es en estos últimos 4 y 5 años de perfeccionamiento técnico, que se logran reunir estadísticas más numerosas, que se pueden conocer las sobervidas y el estado de estos enfermos que han usufructuado de los adelantos quirúrgicos y paraquirúrgicos.

En consecuencia, esta afección aún no resuelta, ni aún en el sentido paliativo, pero cuyo tratamiento base o primordial es la cirugía, nos obliga a replantear, a buscar soluciones cada día que pasa.

Estamos obligados a meditar cada situación clínica, con sus particularidades, despojándonos de los malos resultados de 10 a 12 años atrás, como única forma de avanzar algo.

En la Clínica del Prof. Chifflet hemos operado y resecado varios neos de esófago obteniendo un resultado que podemos catalogar de aceptable. Esta evolución es quizás lo que me ha movido a considerar la terapéutica, cotejar estadísticas modernas, comparar con la cirugía cancerológica en otros órganos, etc.

Deseo transmitir o contagiar mi fé y entusiasmo para afrontar las situaciones clínicas con criterio cada vez más útil y provechoso para el enfermo.

El cirujano tiene en su poder el discriminar la terapéutica más adecuada, y es humano que en esta decisión se vea influenciado por su experiencia personal y la del ambiente que lo rodea.

Declaro que la buena marcha postoperatoria inmediata sin complicaciones de jerarquía y la sobrevida con el bienestar aportado, han pesado para que como integrante de la Clínica Prof. Chifflet, haga conocer estos resultados de una modesta serie de enfermos.

Creo oportuno repetir una frase empleada para el cáncer gástrico y que podría ser aplicada el neo de esófago como hipó-

tesis de trabajo: liberarse de la convicción subconsciente de que es un enfermo incurable.

II) CASOS CLINICOS

En el lapso transcurrido entre 1955 y 1960 han ingresado al Servicio del Prof. Chifflet, 44 enfermos con neoplasma de esófago, de los cuales a 23 se les practicó tratamiento radiote-

CUADRO I
CARACTERES CLINICOS GENERALES

	EDAD	SEXO	EVOLUCION	ADELGAZ	ECC	LESIONES ASOC.
P.L.	54	M	1 m ½	ACENTUADO	NORMAL	ENFIS PULMONAR
E.P.	66	M	2 m	DISCRETO	NORMAL	DIABETES H. HIATAL
B.G.	69	M	1 m ½	DISCRETO	BLOQUEO INCOM.	Q. H. LOB. IZQ. HIGADO
A.M.	62	M	3 m.	ACENTUADO	NORMAL	-----
H.D.	68	M	1 m	ACENTUADO	TAQ. SINUS NORM.	BRONQ. CRON. ESTILISMO
A.N.	71	M	2 m	DISCRETO	NORMAL	-----
A.C.	50	F	5 m.	ACENTUADO	NORMAL	PSICOPATIA
F.B.	60	M	3 m	DISCRETO	NORMAL	-----

rapico, 15 resecaos, 4 explorados, 4 gastrostomizados y 4 no tratados.

He practicado como cirujano 8 esofagectomías, que han evolucionado bien, sin mortalidad operatoria; es a ellos que limitaré este estudio.

Los elementos fundamentales de estos enfermos, así como los caracteres de la lesión según los datos radiológicos, operatorios y anatómo patológicos, se esquematizan en los cuadros I, II y III.

En resumen: 7 hombres, 1 mujer, cuyas edades oscilan entre 50 y 71 años con lesiones todas subaórticas ubicadas en 4 casos sobre el tercio medio (segundo y tercer cuarto del esófago torácico) y 4 casos sobre el tercio inferior. (No consideramos los neos de cardias).

En lo que respecta al estado general de los pacientes, en todos ellos estaba afectado con grados variables de deshidratación y desnutrición, con disfagia que sólo permitía dieta líquida o cremas. No existían lesiones cardiovasculares de importancia,

hecho de gran valor para decidir la intervención y riesgo operatorio. La mayoría tenía lesiones asociadas de menor entidad (diabetes, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, quiste hidatídico de hígado, etc.).

Todos ellos eran epitelomas malpighianos espino o basocelulares, con diverso grado de diferenciación y en un caso coe-

CUADRO II
CARACTERES DE LA LESION

ALTURA	EXTENSION	TIDO	RX	HISTOLOGIA
PL 4º INF T	INFILTR PARIETAL TOTAL G. CORONARIOS	ULC.VEG	BORDE LACUNAR DOBLE	E MALPIGHIANO ESPINO CELULAR
EP 4º INF T	INF PERIESOFAGICA C. PERIESOFAGICO G. ESPLENICO NORMAL	ULCERA	IDEM	CARCINOMA EPIDERMIOIDE DE MUCOSA ESOFAGICA
BS 4º MEDIO MF PARS HILIAR	INF PERIESOFAG G. PERIESOF.	ULC. VEG INFILT.	IDEM	E MALPIGHIANO ESPINO- CELULAR BIEN DIFERENC
A.M. 4º MED. INF PARS HILIAR	INF PERIESOF.	ULC.VEG	IDEM	E MALPIGHIANO ESPINO- CELULAR
HD 4º INF T	INF PAR TOTAL NO GANGLIOS	INFILT	IDEM	E MALPIGHIANO ESPINO- y BASOCELULAR
A.N. 4º INF T	LESION DOBLE - ESOF INFILT. PARIETAL INCOMP ESTOMAGO-TUB. MAYOR	VEGET	IDEM	E MALPIGHIANO ESPINOCEL ADENOCARC. GAST INTRA- MUCOSO
AC 4º MED T SUP e INF.	INF PAR. PARCIAL PERIESOF. - C. NO MEDO	VEGET PAPILAR	BORDE LACUNAR SIMPLE	E MALPIGHIANO MEDIANA DIFERENCIACION

xistía la lesión esofágica con un adenocarcinoma de la gran tuberosidad gástrica en la etapa intramucosa, que fue un hallazgo en el estudio de la pieza.

La extensión regional de la lesión, mostró en el acto operatorio y luego se confirmó por la anatomía patológica, que la pared del órgano estaba invadida en cinco casos, en cuatro adenopatías peri-esofágicas y en dos adherencias laxas al pedículo pulmonar izquierdo. Fue frecuente el hallazgo de adenopatías coronarias en todos los neos de tercio inferior, no así en los de tercio medio. En ninguno metástasis hepáticas ni invasión de diafragma.

III) CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

En el preoperatorio tuvimos especial cuidado en repuntar en lo posible el estado general, corregir hidratación, mejorar la situación bronco-pulmonar, extirpar focos buco-dentarios y administrar antibióticos durante dos o tres días.

Preparación psíquica para la colaboración postoperatoria sobre todo en lo que respecta a la supresión total de la ingesta en

los cuatro o cinco días inmediatos a la intervención. En ningún caso empleamos sonda gástrica.

En seis enfermos el abordaje fue izquierdo y en dos derecho; la exéresis y reconstrucción se hizo por esofagogastrostomía de acuerdo a la técnica de Sweet.

Solo expondré algunos puntos de vista referentes a la decisión de la exéresis y detalles tácticos de la anastomosis, que creemos pudo tener importancia en la evolución operatoria favorable lograda en todos los casos.

1º) Abordaje izquierdo.

Toracotomía en 7º u 8º espacio, en los últimos casos con decolamiento y sin resección costal.

Practicando *la exploración* y para decidir la reseccabilidad del tumor valoramos en el área torácica dos hechos: movilización del tumor y adenopatías mediastinales, y en el área abdominal el hígado, las adenopatías y los caracteres del estómago.

Movilización del tumor. Es decir, grado de infiltración periesofágica y adherencia a estructuras vecinas. Exceptuando los casos de mediastino congelado o adherencias pulmonares, que no requieren comentarios, creemos que la única forma de constatar la adherencia a órganos del mediastino es cargar el esófago con cinta de hilera o tubo de goma por encima y por debajo del tumor y traccionarlo hacia afuera. El normal enclavamiento del esófago, entre la aorta y el mediastino anterior, acentuado por la posición quirúrgica, hacen imposible conocer mediante la palpación como único procedimiento su extensión regional.

Una vez traccionado el esófago se definen dos tipos de adherencias peritumorales: a) neoplasma exteriorizado que invade y solidariza a las vísceras o elementos vecinos.

b) la vaina conjuntiva periesofágica en los alrededores del tumor es más densa; se ha perdido la laxitud del espacio normal de deslizamiento del órgano.

En la primera eventualidad no se discute la inextirpabilidad; a más de la exteriorización, se corre el riesgo de herir los grandes vasos del pedículo o aún el desastre de abrir el esófago.

En el segundo caso, no se puede afirmar sin examen ana-

tomopatológico si las adherencias son neoplásicas, por lo cual creemos debe proseguirse con la extirpación del tumor. La conexión a vainas conjuntivas de elementos más firmes que las venas, como aorta, arteria pulmonar o bifurcación traqueal permite practicar la extirpación con más libertad, incluyéndolas con la masa tumoral.

Adenopatías mediastinales. En la serie estudiada hemos hallado con gran frecuencia ganglios periesofágicos, en general por debajo del tumor, cerca del diafragma, que por el examen a. p. no siempre resultaron neoplásicos.

El área abdominal fue explorada mediante la sección amplia del diafragma, que llevamos hasta el hiato esofágico, si se decide practicar la extirpación.

No he de detallar, ni siquiera enumerar la búsqueda abdominal; sólo diré que nunca hemos hallado metástasis hepáticas y que casi siempre, en los neos bajos hay adenopatías en la coronaria estomáquica. No creemos que estas adenopatías deban detenernos; podemos señalar casos de sobrevida de más de dos años con ganglios invadidos. Existe una circunstancia que debe contemplarse; cuando los g. coronarios forman una masa que pone en duda la integridad del tronco celíaco. En estos casos fuera de los riesgos de exéresis es imposible un vaciamiento celíaco satisfactorio.

Excéresis. Me limitaré a confrontar los factores que deben definir el margen de liberación; hemos seguido en todos los casos las directivas de Sweet, es decir sección proximal del esófago y parcial del estómago.

La liberación en sentido proximal se rige por dos factores opuestos: 1° la extensión tumoral que nos aleja del área afectada y 2° la irrigación del esófago cuyo respeto comanda la vida del paciente. La sección del esófago por encima del tumor debe aproximarse lo más posible a los vasos esofágicos que hemos dejado indemnes y que se ven y se palpan en forma similar a los vasos intestinales. La idea de trabajar con más comodidad en la sutura esófago-gástrica, no debe llevar a despojar en exceso el cabo proximal.

La liberación distal también se rige por dos factores opuestos: 1° la extensión neoplásica que influye poco en los procesos

de tercio medio, pero que tiene valor cuando están presentes los ganglios coronarios, 2º la irrigación del muñon gástrico que obliga a respetar la art. pilórica, gastroepiploica der., y el arco vascular de la gran curva. En trabajos recientes de Lortat-Jacob y K. Nakayama se ha estudiado mediante angiografías, las diferencias de irrigación gástrica, en cuanto a territorios de vasos cortos, arco anastomótico de gran curva, etc.

Una vez practicada la sección gástrica, debemos controlar su irrigación antes de practicar el cierre, para cubrirnos de fistulas por falla del cierre o por áreas de isquemia en sus paredes.

Cerramos el estómago en dos planos, exteriorizándolo para evitar que su contenido caiga en la cavidad torácica, promoviendo los empiemas residuales.

Anastomosis esófago-gástrica. Ascendido el tubo gástrico al tórax, emplazándolo en el lecho dejado por el esófago, se controla si la liberación gástrica es suficiente para quedar sin tensión.

La anastomosis se practicó en todos los casos de acuerdo a la técnica de Sweet, con puntos separados de lino en dos planos.

Creemos debe insistirse que es la etapa más importante de la intervención, hecho que habitualmente se olvida.

La intervención se compone de dos tiempos: 1º Exéresis, relativamente sencilla y rápida, para quien conoce el campo operatorio; no es el tiempo fundamental. 2º Sutura anastomótica, debe ser realizada con la meticulosidad de toda cirugía plástica, con el pensamiento fijo, en que de ella depende la vida del enfermo.

Generalmente se llega a esta etapa con cierto desgaste y cansancio; debe retomarse aliento y realizarla sin premura de tiempo, como si la intervención recién comenzara.

El éxito radica preferentemente en la anastomosis, también debemos esmerarnos en la preparación del cabo esofágico; no usar clamped, no dilacerarlo, no desgarrar ni traccionar los pequeños vasos de su nutrición.

En lo que respecta a la nutrición del esófago, creemos no debe hablarse de pobreza de irrigación, sino tipo de distribución sin gruesos troncos o zonas hiliopediculares, pero con múltiples

vasos que se desgarran y destratan. La integridad de su vaina asegura el respeto de sus arterias y de sus venas, ambas imprescindibles para una circulación correcta.

Para terminar solo insistimos en:

Correcto anclaje del estómago a la pleura y al diafragma.

No exagerar el cierre diafragmático; la conservación de parte del epiplón gastro-esplénico permite la obliteración total de la brecha diafragmática y su empleo como cubierta en la zona de satura.

Lavar y preservar en todo lo posible la cavidad pleural de líquidos digestivos, que creemos son los responsables de empiemas en el fondo de saco costo-diafragmático.

2º) Abordaje derecho.

Lo hemos empleado en dos casos; comenzamos por la toracotomía al nivel de la 6ª o 7ª costilla y luego de comprobada la reseabilidad, se amplía la incisión al abdomen con o sin sección del reborde. El tiempo abdominal de esqueletización del estómago, es laborioso dado el decúbito lateral izquierdo del enfermo, pero se facilita por dos maniobras:

- 1) desplazar el área abdominal al decúbito dorsal mediante rotación de la mesa operatoria y desplazamiento de la pelvis.
- 2) sección previa del esófago supra-diafragmático infra-tumoral, que se umbilica en el hiato. Esto permite traccionar el cardias desde el abdomen y poner tensas las conexiones peritoneales y vasculares de la gran tuberosidad que son las de hemóstasis más engorrosa.

Los tiempos operatorios siguientes los hemos realizado en la misma forma que en la vía izquierda.

En uno de los casos la presencia de un Q. H. calcificado de lóbulo izq. de hígado dificultó la labor en la zona hiatal y obligó a ascender el estómago por un orificio practicado en el diafragma a la derecha de la vena cava inferior (ver figs. 1 y 2).

La sección del reborde costal y el obstáculo del lóbulo izq. del hígado, que obliga a ser más agresivo en la liberación del estómago, son los dos factores que hacen de esta vía una intervención más chocante y traumática.

IV) POSTOPERATORIO Y EVOLUCION ALEJADA

Como hechos a destacar en la evolución y cuidados del postoperatorio inmediato de estos enfermos señalamos:

- 1) Supresión total de la ingesta por boca durante los 4 o 5 días inmediatos a la intervención.



Fig. 1. — Radiografía de tórax del post operatorio inmediato, de uno de los casos abordados por la derecha. Se observa la cámara gástrica en el tórax.

- 2) Nutrición parenteral y restablecer el equilibrio metabólico.
- 3) No se han presentado ileo paralítico, disfagia o trastornos imputables a la dilatación del estómago intratorácico. Han sido frecuentes la diarrea en los 5 a 8 primeros días, al comenzar la vía oral, pero yugulables con tratamiento.

A) COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

No hemos tenido ninguna muerte operatoria ni postoperatoria; tampoco fístulas por falla de sutura en la neoboca.

Las complicaciones han sido:

1) Empiema pleural. Limitado al fondo de saco pleural ext. ostensible al 5º o 6º día, bien tolerado, con escasa repercusión general y aún sin fiebre. Estos caracteres lo diferencian netamente del empiema por falla de sutura; valoramos en su génesis la irritación pleural por jugos digestivos durante el acto operatorio. Se trataron y curaron por punción y evacuación; en un caso se drenó por la herida operatoria. Esta complicación se hizo presente en tres casos.

2) Broncoplejia. En un caso a los 5 días, sind. bronconeumónico con gran broncorrea, que curó con Romicil i/v. No fue preciso practicar traqueotomía.

CUADRO III

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

EMPIEMA PLEURAL-----	3 CASOS
S. BRONCONEUMONICO-----	1 CASO
FIST. ASINTOMATICA EN SECC. GASTRICA----	1 "
PAROTIDITIS SUPURADA-----	1 "
ESTENOSIS 3ª P. DUODENAL-----	1 "
FLEBITIS SAFENA POSTDESCUBIERTA----	2 CASOS

mónico con gran broncorrea, que curó con Romicil i/v. No fue preciso practicar traqueotomía.

3) Parotiditis supurada. Bilateral al 7º día, coincidiendo con el síndrome B. N.; curó con antibióticos.

4) Fístula asintomática en el cierre gástrico. En la comisura izq. de la sección gástrica, se produjo una dehiscencia, sin traducción clínica, que se descubrió en el estudio radiológico en Trendelenburg y que cerró espontáneamente. Ver fig. 3.

5) Estenosis de 3ª porción duodenal. En un caso, a los 20 días de la intervención, vómitos frecuentes e intolerancia digestiva absoluta, que no mejora con tratamiento sintomático. En el estudio radiológico se comprueba buen pasaje por neoboca y estenosis de 3ª porción duodenal tipo compresión extrínseca. Fig. 4. Se practica una laparotomía mediana y se comprueba que el estómago está verticalizado pero sin tensión, no hay adenopatías, bridas ni tampoco estenosis en la exploración intraluminal. Se

practicó duodenoyeyunostomía latero-lateral que curó definitivamente a la enferma.

En el estudio cinematográfico practicado al sector duodenal por el Dr. Zubiarré, a la luz del trabajo de M. J. Collard, se llega a la conclusión que: "el estasis duodenal puede ser considerado normal en ciertas circunstancias y puede no crear un estado patológico. Sin embargo el estasis produce sin duda un locus minoris resistentia que puede volverse la fuente de trastornos más graves".

En este caso, descartadas las causas orgánicas se pueden ex-

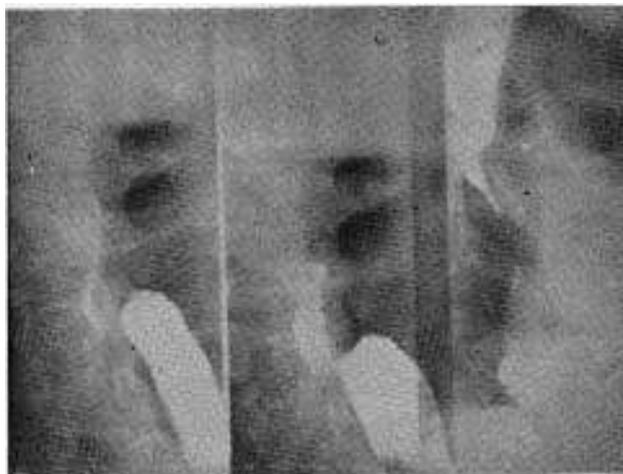


Fig. 2. — El mismo caso de la fig. anterior; control de la anastomosis.

plicar los trastornos por la verticalización del estómago que rompió el equilibrio funcional del duodeno.

En el cuadro III se esquematizan en su totalidad las complicaciones.

B) EVOLUCION ALEJADA.

De la totalidad de los 8 casos estudiados han fallecido 5 por carcinomatosis, con la siguiente sobrevivida:

Tercio inferior — 18 meses, 19 meses y 9 meses.

Tercio medio — 8 meses y 9 meses.

Tres casos viven bien, dos de ellos de tercio medio llevan 1 y 5 meses de operados y el de tercio inferior 10 meses. El



Fig. 3. — Control radiológico de neoboca; se observa un trayecto fistuloso en la comisura del cierre gástrico. Hallazgo radiológico, curación espontánea.



Fig. 4. — Estasis duodenal (2ª - 3ª porción), con aspecto de compresión extrínseca, motivado por la verticalización del estómago.

postoperatorio en general fue bueno, en ninguno apareció disfagia, excepto en un caso en el período terminal. Tolerancia digestiva total, con régimen libre y evitando el decubito postprandial inmediato no acusan trastornos dispépticos ni de esofagitis por reflujo. El estado general se recuperó con aumento de peso en todos los casos.

En resumen hemos obtenido:

- 1) Desaparición de la disfagia.
- 2) Recuperación del estado general con aumento de peso.
- 3) Recuperación psíquica, al poder alimentarse nuevamente.
- 4) Buena tolerancia digestiva con régimen libre.
- 5) Período terminal sin dolores.

V) REVISION BIBLIOGRAFICA

En las publicaciones recientes, sobre la conducta terapéutica y los resultados obtenidos en varias partes del mundo, se destacan al lado de las occidentales, la labor extraordinaria y que por su número y resultados puede marcar rumbos, de autores japoneses como Nakayama y de Shanghai como Wang-Yi-shan y Yeh Chounhsin, publicadas el año pasado.

Dos tendencias surgen claramente en el enfoque terapéutico de esta afección: a) los cirujanos que se fundan en datos estadísticos y b) aquellos que sin desconocer esos datos buscan paliar el sufrimiento de estos enfermos, suprimiendo la disfagia y la inanición. En la vida de los grandes pioneros de la cirugía esofágica, se evidencian etapas de empuje y de pesimismo, dejando al paso para que a medida que se suceden las generaciones se reconsideren las situaciones, buscando nuevos recursos.

Analicemos primero varias opiniones y estadísticas en lo que respecta al tratamiento radioterápico, para luego circunscribirnos a la cirugía.

Fleming con 800 casos tratados, consigue 10 casos que viven 5 años y el 83% mueren antes del año; Nemours Auguste obtiene el 3-5% de sobrevividas; G. Roussy en el Centro Anticanceroso de Villefing obtiene un sobrevivida de 7 a 8 meses con Betatrón. En estadísticas más recientes (1960) señaladas por Ogil-

vie, Smithers con 229 casos obtiene sobrevida de 2 años en el 9%, Mustard del 8% en 125 casos.

Windeyer en comunicación personal dice: "temo que nuestra experiencia cuente una dolorosa historia; sólo tenemos 1 o 2 que tienen más o menos un año. La causa de la falla es la recidiva por arriba o por debajo del área tratada".

Hillemand usando cicloterapia dice así: resultados espectaculares a veces, pero a los 8 meses 1 año explosión de metástasis.

Comparemos estos resultados con los del tratamiento quirúrgico, en cuanto a sobrevida y mortalidad operatoria.

CUADRO IV
MORTALIDAD-OPERATORIA-
OPERACIONES RADICALES

AUTORES	AÑO	NºCASOS	MUERTES	%
SWEET	1956	327	57	17.4
ALASKIO	1956	173	66	38.2
PETROV	1957	123	62	50.4
LORTAT-JACOB	1957	308	102	33.1
KATSURA	1957	177	25	14.1
NAKAYAMA	1958	953	56	5.8

Nakayama en un artículo del año pasado reúne la mortalidad operatoria de cirujanos con más de 100 intervenciones radicales, que exponemos en el cuadro IV.

Estos datos merecen algún comentario, pues lógicamente los procedimientos quirúrgicos, los criterios de reseabilidad, y los años de realizadas las intervenciones no pueden uniformizarse. Petrov que es el autor de mortalidad más alta incluye en su serie 72 casos operados mediante el Thorek, Lortat-Jacob admite en artículo reciente que en sus 308 casos incluye operados en el año 1944 con un criterio de exéresis más amplio que el empleado actualmente, Nakayama se destaca por el enorme número de casos estudiados que ascienden a 2382 enfermos, con 975 operaciones radicales, (1946 - 1957), practicando en 217 el procedi-

miento antetorácico, que preconiza para los neoplasmas de tercio superior y medio.

H. Ogilvie reúne las operaciones radicales de varios cirujanos, de centros quirúrgicos avanzados, como Garlock, Sweet Allison, Barrett, Belsey, Collis, Cox, Franklin, Lewis, H. Sellors, Thompson, etc., alcanzando una cifra de 1371 resecciones por cáncer, practicadas desde que se hacen estas intervenciones,

CUADRO V
SOBREVIDAS DE 2 Y 5 AÑOS

AUTORES	AÑO	Nº	2 AÑOS	5 AÑOS
GARLOCK	1954	123	27 - 30%	11 - 9%
SWEET	1956	270	83 - 39%	24 - 8.8%
LORTAT-JACOB	1957	206	51 - 29%	10 - 4.8%
NAKAYAMA	1958	897	151 - 20.7%	35 - 3.9%

con una mortalidad hospitalaria del 24,6%, que baja a 15% en estadísticas menores.

En lo que respecta a sobrevida veamos también algunas cifras expresadas en el cuadro V.

En conclusión la cirugía sigue siendo el procedimiento terapéutico básico; en todo el mundo se buscan soluciones para esta grave afección, y aún en aquellos casos en que es impracticable la exéresis se preconiza el uso de un by-pass esófago-gástrico o esófago-yeyunal que suprime el síntoma más serio, la disfagia.

Es indudable que con el número mayor de casos tratados, con el perfeccionamiento y las mayores posibilidades técnicas, se mejoran lentamente las estadísticas, aunque aún muy lejos de obtener resultados halagadores.

Comparando los resultados de la cirugía del neoplasma gástrico (cuadro VI) comprobamos que la mortalidad operatoria del neoplasma de esófago tiende a igualarse a las cifras globales de este, grabada por las gastrectomías totales y el neoplasma de cardias. En lo que respecta a sobrevidas pueden equipararse los

índices para los 2 años en el esófago con los de 5 años en el estómago.

En conclusión, los resultados alejados distan aún mucho de los obtenidos para el estómago en general, se acercan a los del cardias pero la mortalidad operatoria tiende a igualarse rápidamente.

VI) RESUMEN Y CONCLUSIONES

A propósito de una serie consecutiva de 8 neoplasmas de esófago subaórtico, resecaados sin mortalidad operatoria, se replantea el problema terapéutico de esta grave afección.

CUADRO VI NEOPLASMA GASTRICO

AUTOR	MORT. OPER.	SOBREV. 3a	SOBREV. 5a
TOMODA-FUKUOKA	4.4 %		24.5-36.6%
MAKKAS	10-15 %		32%
RAPAUT BITTMANN	13.1 % 18.5 (CARD. 11.3 EST.	36 % 15.3% (CARD	23.4 %
FRANKE NEY	12% - 40%	32-48%	16-32%
ZACHO FISCHERMANN	27.7% GAST. TOT.		33%
MARSHAL ADAMSON	3.2% G. SUBT. 7% G. TOTAL		24 %

Sin pretensiones estadísticas por el limitado número de casos pero impulsados por su evolución aceptable, se estudian estos casos, en su aspecto clínico, en su técnica de resección y en sus resultados alejados y sobrevida.

Se jerarquizan los hechos fundamentales en la etapa de exéresis en la sutura anastomótica y la vía de abordaje. Estudiamos la evolución y complicaciones postoperatorias así como los beneficios logrados.

Se revisan las estadísticas mayores en cuanto a mortalidad, comparando los resultados obtenidos en el tratamiento de esta afección, con los del neoplasma de estómago y cardias.

Se concluye en la necesidad de afrontar con decisión el tratamiento quirúrgico de los neoplasmas de esófago subaórticos, pues la cirugía da el máximo en el procedimiento paliativo más efectivo de que se dispone.

El descenso notable de las tasas de mortalidad operatoria que iguala a las del neoplasma de estómago y cardias, es el argumento primordial para impulsar las resecciones y evitarles a estos pacientes el peligro de inanición y de sed, abreviando el período terminal de dolores y tragando hasta el fin.

BIBLIOGRAFIA

1. ARMAND UGON, V. — Cáncer del esófago. Su tratamiento quirúrgico. III Congreso Interamericano de Cirugía. (1946) T. 1. Pág. 171.
2. COLLARD, M. J. — Radiocinematographie du duodenum inferieur. Valeur diagnostique de la stase du duodenum inf. Arch. Mal. Dig. (1959) 48-1201933.
3. COSTA RAMOS, F. — Malignant Tumours of the Esophagus. Arq. Pat. (1958) 30 - 539.
4. GARLOCK, J. — Neoplasm of Esophagus. N. Y. State J. Med. 1958. 1^a pág. 1741.
5. GOÑI MORENO, I; GIL MARIÑO, J. A. — Cancer de esófago. Experiencia quirúrgica. Sobre 101 resecciones 1958 - 1955. Prens. Med. Arg. 1956 - 43 - 236.
6. LARGHERO IBARZ, P. — Cáncer del esófago. Datos estadísticos sobre 37 observaciones y 10 resecciones. Arch. U. Med. Cir. y Esp. 1952. 40 - 170 - 250.
7. LORTAT - JACOB. — Resultats du traitement chirurgical du cancer de l'esophage. Mem. de l'Academie de Chirurgie. 1957. 83 - 348.
8. NAKAYAMA, K. — Radoical operations for Carcinoma of the Esophagus and Cardiac end of the Stomach. J. Int. Coll. Surg. (1954) 21 - 51.
9. NAKAYAMA, K. — Statistical Review of 5 year Survivals after surgery for Carcinoma of the Esophagus and Cardial Portion of the Stomach. Surg. 1959 - 45 - 883.
10. NAKAYAMA, K. — Statistische Ubersicht uber Funfjahresheilungen nach operation beim Oesophaguscarcinom. Der Chir. 1959. 30 - 149.
11. NEMOURS, AUGUSTE. — Radiotherapie du cancer de l'esophage superieur (une survie de plus de 3 ans) Arch. Mal. de l'App. Dig. 1956 - 336.
12. OGILVIE, HENEAGE. — The Surgery of the Esophagus. Brit. Journ - Surg. 1960 - XLVII - 205 - 457.
13. PALMER, E. — Enfermedades del esófago.
14. PETROV, B. A. — Operaciones radicales por cancer del tercio medio del esófago. Acta Quirúr. Scand. 1957 - 112 - 2 - 19 - 145.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

15. RESANO, J. H. — Carcinoma de Esófago. 396 sobrevidas a la esofagectomía torácica. *Cir. Panam.* 1 - 1957 - p. 9.
16. SATINSKY, V. P.; S. D. KRON. — One Stage esophagectomy in presence of mediastinitis. *Arch. of Surg.* 64 - 1954. 124.
17. SHACKELFORD, R. T. — Surgery of the Alimentary Tract. Saunders & Co. 1956 - I - 134.
18. SWEET. — Thoracic Surgery. Saunders & Co.
19. WANG YI - SHAN; YEH CH'UN LSIN. — Surgical Treatment of Carcinoma of the Esophagus and Cardias of the Stomach. *Chinese Med. Journ.* 1959 - 78 - 4 - 322.
20. WU - YING - K'AI - LINYUNG - HU - MAOHWA - y; HU - CHEN - HSIANG. — On the Classification of Carcinoma of the Esophagus; its Criteria and Clinical Significance. *Moskva. Khirurgia.* 1958 - p. 3.