

Esofagoplastia con tubo gástrico peristáltico preesternal * **

A propósito de tres observaciones

Dres. FEDERICO GILARDONI, GERMAN MOLLER, ENRIQUE CAPANDEGUY,***
ERIK POLLAK, JOSE FILGUEIRA y CESAR PEREYRA BORRELLI

INTRODUCCION

En la actualidad toma incremento la cirugía en varios tiempos del cáncer de esófago medio. El tiempo del esófago artificial adquiere importancia por tratarse del tiempo de las complicaciones y de la mortalidad.

El cirujano debe conocer los distintos procedimientos de esófago artificial aunque prefiera un tipo determinado. No existen en nuestro medio publicaciones que se refieran al uso de estómago peristáltico preesternal. Por estas razones presentamos a la Sociedad de Cirugía una pequeña experiencia al respecto.

El uso experimental de tubos formados del estómago por vía subcutánea fueron descritos en 1905 por Beck y Carrel (1). Röpke (14) lo utilizó con éxito por primera vez en el hombre en el año 1912 por vía antetorácica y en forma antiperistáltica. Kirschner (5) en el año 1920 fue el primero que, en el hombre, llevó estómago peristáltico al cuello por vía subcutánea.

Nakayama (9, 10) y Lortat Jacob (6, 7, 8) han utilizado el mismo órgano y el mismo camino para llegar al esófago cervical.

En el año 1948, Lortat Jacob describió el procedimiento utilizado en nuestros pacientes.

Desde el punto de vista del trayecto del material de plastia, la pretorácica es la que garantiza un mejor pronóstico vital, con menos peligros en casos de necrosis visceral.

Sin embargo, el uso de estómago subcutáneo se acompaña de una desconcertante morbilidad postoperatoria al decir de Bernatz (2) por fistulización, como lo apreciamos además en nuestros pacientes.

Presentamos tres observaciones donde se utilizó tubo gástrico peristáltico preesternal y los resultados observados.

CASOS RELATADOS

J. B. P., 59 a. R. 243.745. H. de Clínicas. Disfagia de tres meses de evolución. Carcinoma de tercio medio de esófago. Primera operación (16-V-66): gastrostomía alta y vaciamiento coronario (metástasis en un gangliocoronario de un "carcinoma epidermoide con cebolletas"). Segunda operación (26-V-66): esofaguectomía por vía derecha. Neoplasma no adherente a estructuras vecinas que toma toda la circunferencia, ulcerado e infiltrante tomando la capa mucosa y muscular en parte. Tercera operación (21-VII-66): tubo gástrico peristáltico pretorácico quedando un tubo intraabdominal y gastrostomía. En postoperatorio inmediato fístula de la anastomosis esofagogástrica subcutánea. 1º-IX-66: Reparación plástica de la fístula (Dr. Moller). Recidiva de pequeño trayecto fistuloso. 20-IV-67: Fistulectomía (Dr. Moller). Aparece pequeño orificio fistuloso que se cierra rápidamente al alimentarse por la gastrostomía.

Actualmente evoluciona bien. Se protege con la mano en zona de anastomosis durante el traumatismo de la deglución y ha aumentado más de 6 kg. de peso.

A. Ch., 56 a. R. 249.321. H. de Clínicas. Disfagia de cinco meses. Etilismo. Cirrosis hepática. Radiografía: lesión infiltrante, vegetante y ulcerada de seis centímetros de longitud en tercio inferior de esófago. Operación (22-VIII-66): cirrosis hepática. Adenopatías metastásicas en cadena coronaria que corresponden a un carcinoma epidermoide indiferenciado. Vaciamiento coronario celiaco. Píloroplastia y tubo gástrico peristáltico subcutáneo con anastomosis esofagogástrica con cierta tensión a un esófago cervical corto.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" del Prof. J. A. Piquinela.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de junio de 1968.

*** El Dr. Capandeguy proyectó el estudio roentgenocinematográfico de 2 pacientes.

Postoperatorio: distensión del tubo preesternal y amplia dehiscencia anastomótica con retracción del cabo esofágico. Insuficiencia hepática. Escaras glúteas; muerte a los 30 días. En la recropsia: peritonitis supramesocólica por perforación del tubo en su sector abdominal. Hígado al corte con varias metástasis.

I. P., 42 a. R. 174.083. H. de Clínicas. Dos meses de disfagia. Epitelioma malpighiano espinocelular de esófago medio e inferior, el límite superior está a 4 cm. por encima de la vena pulmonar inferior. En 1962 cordectomía por epitelioma de cuerda vocal izquierda y en 1965 cordectomía de cuerda vocal derecha por epitelioma. Primer tiempo quirúrgico (26-VI-67): vaciamiento coronario. Píloroplastia. Gastrostomía. Tres adenopatías metastásicas, en cadena coronaria. Cobaltoterapia: dosis T. 3.000 r. Segundo tiempo (31-VIII-67): esofaguectomía torácica por vía derecha. Tercer tiempo (14-XII-67): esofagoplastia preesternal con tubo gástrico peristáltico. Resección de estómago proximal por estómago de pequeño diámetro transverso. Sonda nasoduodenal. Postoperatorio: distensión del tubo preesternal y falla de la circunferencia anterior de la sutura. Intolerancia a la sonda de alimentación. Lesión neoplásica ulcerovegetante circunscripta al paladar blando. Resección de la misma (21-III-68). Plastia y cierre de zona fistulosa (Dr. Moller). Nueva fistulización (23-V-68). Nueva plastia. Nueva fístula, al parecer actualmente en vías de cierre.

SOBRE LA TECNICA

Sumariamente, el procedimiento consiste en crear un tubo gástrico peristáltico a expensas de gran curva, con base en píloro, irrigado por gastroepiploica derecha y lle-

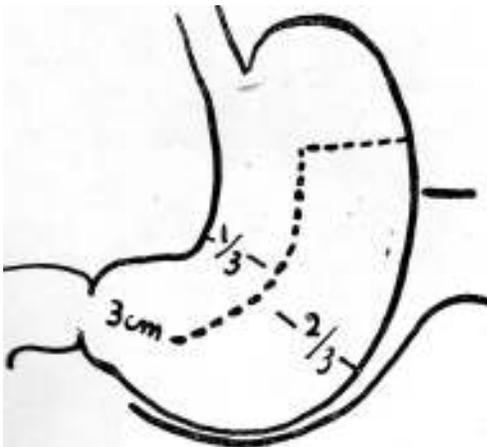


FIG. 1.— Esquema de formación del tubo peristáltico según Lortat Jacob.



FIG. 2.— El tubo gástrico preesternal. Observación 1ª.

vado por vía subcutánea a anastomosar con esófago cervical. Queda o no otro tubo intraabdominal en comunicación con el exterior a expensas de una gastrostomía.

Se marca la futura sección gástrica a punta de bisturí como lo muestra el esquema y de acuerdo a la técnica de Rutkowsky (15) modificada por Lortat Jacob (3, 6, 11).

Queda un estómago en V a vértice pílorico con un tubo externo que llega hasta el primer vaso corto o más arriba y un tubo intraabdominal. Realizamos puntos separados en el primer tubo para no acortar su longitud.

Previo control de la altura a que llega el tubo, se decola ampliamente el tejido celular preesternal para lograr un pasaje holgado sin compresión. Dicha maniobra es sencilla y exangüe en pacientes no irradiados. En la tercera observación fue una maniobra sangrante por la fijación y es-

clerosis de los planos preesternales creados por la irradiación anterior.

Para hacer más suave el ángulo inferior de superficialización del tubo, se reseca xifoideas y un fragmento de esternón en boca de horno. Los haces xifoideos del diafragma forman un resalto acentuando la angulación, su sección mediana evita el inconveniente.

Debe evitarse toda torsión en el tubo ascendido. La fijación del mismo a la aponeurosis preesternal en el sector inferior y en el superior anclan el tubo.

La movilización del esofagostoma con un collarete de piel debe ser en extremo limitada. En la tercera observación al exceso de movilización atribuimos la falla de sutura. Se controla la vascularización de los cabos y se realiza la anastomosis termino-terminal en un plano a puntos separados anudados en la luz.

VASCULARIZACION DE LOS TUBOS GASTRICOS

La vascularización del tubo creado ha sido variable según el paciente. En la primera observación el sangrado en la sección distal del tubo era a chorro, sección situada más arriba del primer vaso corto, exactamente a 6 cm. del último vaso que daba la arcada gastroepiploica. Tenía una arcada gastroepiploica de buen calibre; la coronaria había sido resecada dos meses atrás en el primer tiempo quirúrgico.

En el segundo paciente no existía operación anterior, toda la cirugía se hizo en un solo tiempo, resección coronaria y gastrostomía, con arcada gastroepiploica de poco calibre, al realizar el tubo éste adquiere color cianótico franco en zona de vasos cortos, readquiriendo a los minutos una coloración rosada de buena irrigación, pero el borde distal no sangra a chorro como en el primer paciente.

El estómago intraabdominal siempre estuvo bien irrigado en los pacientes antes mencionados.

En estos enfermos, en caso de rotura operatoria del bazo, debería practicarse la ligadura esplénica más allá de los vasos cortos para mantener vascularización de gran tuberosidad.

En el último paciente fue resecado estómago proximal al encontrarnos con estómago chico de escaso diámetro transversal;

al exteriorizar estómago entero, se apreció color cianótico que tomaba el tercio superior de un estómago irrigado por gastroepiploica derecha y pilórica. El límite inferior de la cianosis en gran curva se acercaba a una gastrostomía situada bien alta, varios centímetros más arriba del primer vaso corto. Se logró un tubo bien irrigado que llegaba a esa altura.

El extremo superior del tubo gástrico se ha visto siempre bien irrigado, incluso en el segundo paciente observado al entreabrir la amplia dehiscencia esofagogástrica, a los pocos días de la anastomosis y sin apreciar esfacelo de pared gástrica.

LONGITUD Y ASCENSO LOGRADO

En el último paciente obtuvimos más longitud del tubo a partir del último vaso de la arcada gastroepiploica porque no nos frenó el hecho de dejar tubo intraabdominal, ya que fue resecado polo superior de estómago.

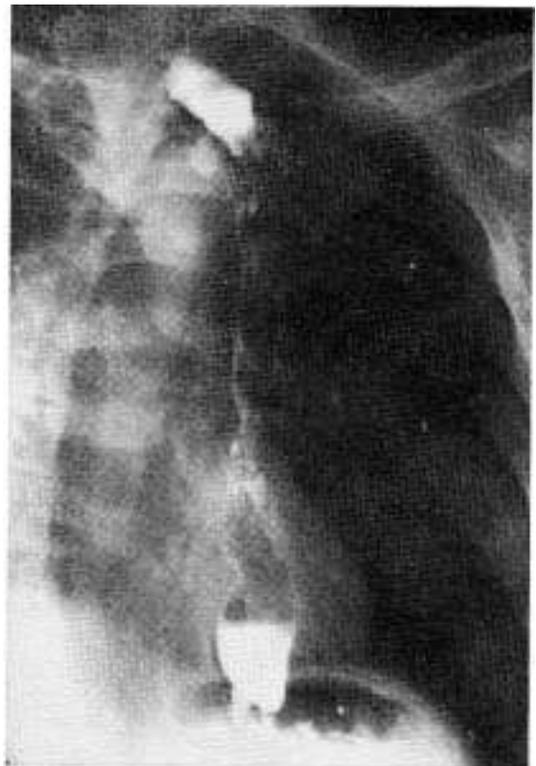


FIG. 3.—Región de ángulo superior y recto antropilórico. Observación 1.

La longitud y ascenso del tubo dependen de:

- 1) Del tipo morfológico de estómago y por tanto de la longitud de gran curva (primera observación, gran estómago, gran curva amplia).
- 2) De la longitud de la arcada gastroepiploica.
- 3) Del calibre de las arterias gastroepiploicas, lo que proporciona más irrigación.
- 4) De la ubicación más o menos alta de la gastrostomía o de su conservación o sacrificio.
- 5) Depende en gran parte de la movilización gastroduodenal lograda.

El ascenso del píloro va siendo bridado por las adherencias laxas de cara posterior de antro y por el extremo derecho del epiplón gastrocólico, lo que se va liberando sobre la marcha. Al llevar el tubo a la superficie y probarlo en posición antetórácica queda unido abajo sólo por su base pilórica, se moviliza cara posterior antropiloro-duodenal hasta la arteria gastroduodenal, es necesario seccionar las mínimas adherencias que hacen de riendas, sobre todo las bridas del extremo derecho del epiplón gastrocólico y las adherencias o fijación patológica creadas por operación o irradiación anterior.

Se practica el decolamiento duodeno-pancreático amplio.

En el primer paciente la piloroplastia quedó por encima del nivel del diafragma.

En el último paciente (estómago pequeño), el píloro no se acercaba al diafragma y el extremo superior del tubo no llegaba al esofagostoma. Se logró un buen ascenso a expensas de la maniobra que aconseja Palma (13), sección del músculo de Treitz y movilización duodenal en pinza aortomesentérica obteniéndose 4 cm. más de ascenso y llegando flojamente al esofagostoma situado en primer espacio izquierdo.

Con todas estas maniobras nunca se llegó con el tubo más arriba de la clavícula.

LA *ALLA DE SUTURA.

LA FISTULIZACION REPETIDA

la segunda observación se constituyó rá amente una amplia dehiscencia con se aración total de los cabos, cabo gástrico en su lugar y bien vascularizado y retrac-

ción del cabo esofágico. A los 30 días fallece. Existieron errores groseros en la selección del paciente, en la táctica y en la técnica. Cirrosis hepática por los antecedentes, funcional hepático y hallazgos operatorios. Se sumó el primer tiempo de la cirugía escalonada al tiempo del esófago artificial, practicándose una anastomosis a tensión, apareciendo en el postoperatorio marcada distensión del tubo. La dehiscencia total y la evolución final eran previsibles.



FIG. 4.— Sector piloro-duodenal a nivel del diafragma con duodeno a derecha y estómago restante intraabdominal con su gastrostomía a izquierda. Observación 1ª.

En la tercera observación: dehiscencia de la mitad anterior de la anastomosis esofagogástrica que atribuimos a la distensión del tubo y a un exceso de movilización del esófago cervical, fijo por la operación anterior, creándose espacios o bolsillos periesofágicos de supuración y retracción del cabo esofágico. El esófago cervical y su esofagostoma al moverse en exceso se retrae y crea tensión en una anastomosis que debiera ser floja. La reparación pos-

terior y la refistulización, crea problemas por la ausencia de otra vía de alimentación (gastrostomía). Tiene dos orificios fistulosos a repararse nuevamente y el problema mayor lo constituye la permanencia obligada de la sonda de alimentación nasoduodenal.

En la primera observación la movilización del esófago cervical fue muy moderada. Existió una dehiscencia pequeña y fue reparada. Nueva fistulización y reparación que volvió a fistularse, cerrándose sorprendentemente a los pocos días al suprimirse la vía oral y alimentándose por gastrostomía. Lleva actualmente más de dos años de esofagectomía y dos años de esófago artificial. Se alimenta bien, cuando tiene necesidad de hacer progresar los alimentos, ingiere sorbos de líquido. Defiende la pared anterior de la anastomosis del traumatismo de la deglución protegiéndose con la mano a manera de soporte.

Existe, como se ve, una tendencia constante a la fistulización y recidiva fistulosa en cuello. En el postoperatorio inmediato la falla de sutura se debe a la distensión del tubo gástrico y a la tensión amastomótica.

La tendencia a la fistulización repetida posterior la atribuimos a la existencia en esa zona de anastomosis de un ángulo muy acentuado, y al choque o traumatismo allí provocado por la elevada presión de pasaje de los alimentos durante la deglución. Una sonda de Pezzer colocada en un esofagostoma cervical, permite apreciar como los líquidos ingeridos son proyectados a distancia durante la deglución, lo que da una idea del traumatismo a que será expuesta la anastomosis. Otro factor importante que debe colaborar en la fistulización es la secreción ácida del sector gástrico anastomosado.

Lo observado en todos estos enfermos hace evidente que el fracaso o las complicaciones en el tiempo del esófago artificial con estómago subcutáneo, retardarán o proscibirán la cirugía de exéresis del cáncer, por lo que se vuelve imperativo su realización en último término.

En lo que respecta al resultado funcional, la primera observación evidencia el buen funcionamiento del tubo preesternal peristáltico.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TUBO GÁSTRICO PERISTÁLTICO S.C.

Ventajas.

- 1) Es un procedimiento de menor magnitud que la esofagocoloplastia.
- 2) La necrosis o dehiscencia es menos peligrosa por este camino.
- 3) La vascularización del tubo gástrico es excelente.
- 4) A diferencia del tubo gástrico anti-peristáltico, no contraindica una resección subdiafragmática del proceso maligno (en estómago proximal, eje celíaco, bazo o páncreas) (16).
- 5) La vía subcutánea es preferida en pacientes con mal estado general, supone menos riesgos del punto de vista vital.
- 6) La gastrostomía de alimentación desgravita el tubo gástrico y permite el tratamiento de las fistulas de la anastomosis en cuello.

Desventajas.

- 1) Es el camino más largo para llegar al cuello.
- 2) La longitud del tubo peristáltico es mucho menor que la lograda en coloplastias y no ha ido más allá de la clavícula en nuestras observaciones.
- 3) La zona gástrica de anastomosis es de secreción ácida.
- 4) Se crea un ángulo manifiesto en zona de anastomosis expuesta al trauma de la deglución.
- 5) Existe tendencia constante a la fistulización en la anastomosis esofagogástrica.
- 6) Cuando no existe gastrostomía de alimentación, se observan serios inconvenientes en el tratamiento de las fístulas esofagogástricas.

RADIOLOGIA

Los estudios radiológicos se han realizado con distintos medios de contraste y utilizando el examen convencional y la roentgenematografía.

La deglución orofaríngea se cumple normalmente. El pasaje por el cabo esofágico cervical y a nivel de la sutura con el tubo

gástrico se realiza lentamente, deslizándose el medio de contraste (líquido y pasta) lentamente por el tubo gástrico preesternal, que no aparece colapsado y muestra evidente hipotonía e hipoquinesia. El confluente antral se rellena normalmente, con opacificación lenta de la cavidad gástrica residual, la que muestra líquido en ayunas. Desplazamiento, con buena abertura pilórica, del medio opaco al duodeno, cuyo bulbo aparece ascendido y verticalizado. El duodeno y primeras asas yeyunales no presentan alteraciones lesionales intrínsecas.

Los controles radiológicos posteriores ponen en evidencia la desfuncionalización motora del neoesófago y la readaptación topográfica y morfológica de los distintos segmentos intervenidos.

Los dos primeros tiempos de la deglución se realizan normalmente. El tránsito por el cabo esofágico cervical, en la sutura con el tubo gástrico y por el neoesófago preesternal se cumple lentamente, objetivándose acentuada hipotonía e hipoquinesia.

Se comprueba actualmente rectificación del trayecto antropiloro-duodenal con pasaje masivo del medio de contraste al duodeno, deslizándose pequeña cantidad a la bolsa gástrica residual, que aparece de menor volumen y presenta líquido en ayunas. Duodeno y yeyuno inicial aparecen con las modificaciones funcionales de adaptación correspondientes a una repleción acelerada.

RESUMEN

Se presentan tres observaciones de pacientes portadores de cánceres de esófago, donde se realizó esófago artificial con tubo gástrico-peristáltico subcutáneo.

Un paciente fallece al mes de operado, sobreviven dos pacientes: uno en tratamiento de su recidiva fistulosa de cuello y con metástasis reciente y otro con dos años de evolución, clínicamente bien, con buen resultado funcional del tubo gástrico.

Se expone lo observado sobre vascularización de los tubos gástricos y sobre la longitud y ascenso logrado.

La falla de sutura importante en el postoperatorio inmediato se observa con tensión anastomótica y distensión del tubo gástrico, sin gastrostomía de decompresión.

Existe una repetida tendencia a la fistulización de la anastomosis por el golpe de ariete de la deglución en "zona de ángulo", pero susceptible de repararse como se aprecia en el primer paciente. Por esta razón el tiempo del esófago artificial con estómago no debería realizarse en primer término en un paciente pasible de resección esofágica.

El tubo gastricoperistáltico preesternal por las limitaciones en el ascenso no debe servir seguramente para lesiones esofágicas altas donde el esofagostoma queda alto en el cuello. La obtención de un largo tubo debe preverse en el primer tiempo donde la gastrostomía deberá realizarse en el sitio más alto posible.

El procedimiento debería limitarse a los cánceres de esófago medio para mantener estómago proximal y gastrostomía de alimentación que protege la anastomosis esofagogástrica cervical. Por la misma razón, en caso de estómago pequeño donde existen dificultades para dejar sector gástrico superior con su gastrostomía, debería utilizarse otro procedimiento de esofagoplastia. Se trata de una pequeña serie inicial; creemos que con más experiencia se podrá ir eliminando alguno de los inconvenientes anotados.

RÉSUMÉ

On présente trois observations de malades atteints de cancers à l'oesophage, chez lesquels on a pratiqué un oesophage artificiel avec tube gastrique-péristaltique sous cutané.

Un malade meurt un mois après l'opération, deux malades survivent, l'un est traité d'une récurrence fistulaire du cou et présente une métastase récente; l'autre, après deux ans d'évolution, se trouve cliniquement bien, avec un bon résultat fonctionnel du tube gastrique.

On expose les observations faites sur la vascularisation des tubes gastriques et sur la longueur et ascension obtenues.

La suture non réussie, importante dans le postopératoire immédiat est observée avec tension anastomotique et distension du tube gastrique, sans gastrostomie de décompression.

Il existe une tendance réitérée à la fistulation de l'anastomose par le coup de bélier de la déglutition en "Zone d'angle" mais elle peut être corrigée comme on le remarque dans le cas du premier malade. Pour cette raison le temps de l'oesophage artificiel avec estomac ne devrait pas être pratiqué en premier lieu chez un patient passible de résection de l'oesophage.

Le tube gastrico-péristaltique pre-sternal par les limitations d'ascension ne peut sûrement pas servir pour des lésions oesophagiques élevées dans lesquelles l'oesophagostome est haut dans le cou. L'obtention d'un tube long doit être prévue dans le premier temps où la gastrostomie devra être pratiquée à l'endroit le plus élevé possible.

Le procédé devrait se limiter aux cancers de l'oesophage moyen pour maintenir un estomac proche et à une gastrostomie d'alimentation qui protège l'anastomose oesophagogastrique cervicale.

Pour cette même raison, en cas d'estomac petit lorsqu'il y a des difficultés pour laisser un secteur gastrique supérieur avec sa gastrostomie il faudrait utiliser un autre procédé d'oesophagoplastie.

Il s'agit d'une courte série initiale, nous croyons qu'avec une plus vaste expérience certains des inconvénients observés seront éliminés.

SUMMARY

The paper presents the result of observations in three patients suffering from cancer of the esophagus. An artificial esophagus was made utilizing a subcutaneous peristaltic gastric tube.

One of the patients died a month after the operation, and two survive. One is under treatment due to a fistulous relapse in the neck and recent metastasis; the other patient, is clinical well two years later, with good functional result of the gastric tube.

The observations on the vascularization of gastric tubes and the length and ascent achieved, is presented.

An important suture defect was observed in the immediate postoperative period, involving anastomotic tension and distension of the gastric tube, but did not require decompressive gastrostomy.

There is a repeated tendency to fistulization of the anastomosis due to the ramming effect of swallowing in the "Angle Area"; this however, is susceptible of repair as can be seen in the case of the first patient. It is for this reason that an artificial esophagus with stomach should not be utilized as a first choice in a patient in whom colon esophageal resection is possible.

The presternal peristaltic gastric tube, due to the limitations in the ascent, should not be employed in the case of high esophageal lesions when the esophagostoma is located high in the neck. The obtention of a large tube should be considered in the first period, in cases when gastrostomy is to be performed in the highest possible location.

The procedure should be limited to cancers of the middle esophagus so as to maintain a proximal stomach and feeding gastrostomy which protects the cervical esophagogastric anastomosis.

For this same reason, in the case of a small stomach where there is difficulty in leaving an upper gastric sector with its gastrostomy, another method of esophagoplastia should be employed.

These cases form part of an initial series, and we believe that as we acquire experience we shall be able to eliminate some of the mentioned problems.

BIBLIOGRAFIA

1. BECK, B. and CARREL, A. Citado por Bernatz y Hopkins.
2. BERNATZ, P. E. and HOPKINS, D. Replacement of the cervical esophagus. *The Surg. Clin. of N. A.*, 43: 1171, 1963.
3. BRULL ORRIOLS, R. *Técnica de las esofagoplastias. Introducción a la cirugía del esófago.* Ed. Tórax, Barcelona, 1964.
4. GOÑI MORENO, I. *Cirugía del esófago y hernias por el hiato esofágico.* Ed. Universitaria, Buenos Aires, 1964.
5. KIRSCHNER, M. Diversos procedimientos de plastia antetorácica del esófago. *Tratado de Técnica Operatoria General y Especial*, tomo IV, 2ª parte, págs. 929-981. Trad. al castellano. Ed. Labor, Barcelona, 1944.
6. LORTAT JACOB, J. L. Un procédé d'oesophagoplastie utilisant l'estomac. *Presse Méd.*, 1259, 1949.
7. LORTAT JACOB, J. L., RICHARD, C. A. et MAILLARD, J. N. L'oesophagoplastie par dedoublement gastrique. Procédé de Garriliu. *Mem. Acad. Chir.*, 86: 356, 1960.
8. LORTAT JACOB, J. L. *Chirurgie de l'oesophage.* Editions Medicales Flammarion, Paris, 1951.

9. NAKAYAMA, K. A three stage operation for carcinoma of the upper and mid-thoracic oesophagus with preoperative radiation therapy. En: N. C. Tanner and D. W. Smithers: *Tumours of the Oesophagus*, pp. 248-254. Ed. Livingstone, Edinburgh and London, 1961.
10. NAKAYAMA, K. Carcinoma of the esophagus and the cardia. *The Journal of the International College of Surgeons*, 2: 35, 1961.
11. NISSEN, R. Ersatz der Speiseröhre durch antethoracale Verlagerung der groven curvatur des magens nach Rutkowski, Lortat Jacob and Jianu Gavrilu. *Hanabuch der Thorax Chirurgie Encyclopedia of Thoracic Surgery*, 3: 1063, 1958.
12. OCHSNER, A. and OWENS, N. Anterotheracic oesophagoplasty for impermeable stricture of oesophagus. *Ann. Surg.*, 100: 1055, 1934.
13. PALMA, E. Comunicación personal.
14. ROPKE, W. Citado por Bernatz y Hopkins (2).
15. RUTKOWSKI, M. Citado por Nissen (11).
16. STALEY, Ch. J. and SCANLON, E. F. Reconstruction of the Esophagus after Resection for Cancer. *Surg. Clin. of N. A.*, 47: 215, 1967.

DISCUSION

Dr. Gilardoni: Yo agradezco las palabras al Dr. Bermúdez y puedo decirle que conozco la serie de esofagocoloplastias que tiene él. La serie de Bermúdez, aquí en nuestro medio, es una serie relativamente importante y con baja mortalidad. Si nosotros usamos este procedimiento es porque hemos vivido mortalidad en esofagocoloplastias.

Lo que dice con respecto a la longitud del colon, nosotros que hemos trabajado colabo-

rando con Vacarezza, en el Hospital de Clínicas, es indiscutible que en esofagocoloplastia el ascenso del colon es mucho más elevado que esto, muchísimo más elevado. Debo decir también que cuando se refiere a este procedimiento, que es uno de los procedimientos que él utiliza (si no me equivoco, en este momento él utiliza el antiperistáltico), cuando él se refiere a esto dice que sube fácilmente por encima de la clavícula. Nosotros eso no lo hemos comprobado; puede ser que sea por nuestra inexperiencia también, porque seleccionando los pacientes, actuando en pacientes con estómago grande, con laxitud de mesos, con un amplísimo decolamiento duodenopancreático, con una maniobra de Palma realizada correctamente, no podemos lograr un ascenso como dice Bermúdez.

En lo que respecta al Dr. Chiara, podría decir que la indicación precisa del procedimiento depende de cada cirujano, con su preferencia natural sobre el método a utilizar en esófago artificial. Pero yo diría que la indicación precisa del procedimiento es el cáncer de esófago medio y estómago grande, o sea, no más arriba del sector medio, porque si es arriba del sector medio hay que comprometer mucho esófago y el esófago toma cervical, queda alto en el cuello; y que no está abajo, porque si es bajo encológicamente, debe researse el sector superior de estómago.

Esas son las conclusiones a que nosotros llegamos en esta pequeñísima experiencia, que no sabemos si valen para obtener conclusiones valederas y definitivas. Nada más, muchas gracias.