

## Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago \* \*\*

### Resultados

Dres. MANUEL ALBO VOLONTE \*\*\* y ROBERTO RUBIO \*\*\*\*

A partir de agosto de 1959 hasta el momento actual han sido operados y resecaados diez pacientes portadores de cáncer esofágico. La totalidad de estos pacientes fueron intervenidos en el Hospital de Clínicas. No hubo mortalidad operatoria en esta pequeña serie.

### TACTICA Y TECNICA

Los cánceres del tercio superior del esófago fueron considerados como no pasibles de tratamiento quirúrgico. Se tuvo en cuenta la elevada mortalidad operatoria para seguir este criterio. Fueron enviados para tratamiento actínico. Los tumores situados en los dos tercios inferiores del esófago fueron considerados quirúrgicos.

A no ser los pacientes en caquexia extrema y afagia o aquellos que presentaban manifestaciones evidentes de extensión neoplásica a distancia y/o mediastinal, como por ejemplo colonización ganglionar cervical o parálisis recurrential izquierda, todos los demás fueron sometidos a la exploración quirúrgica, cualquiera fuera el tiempo de evolución de la disfagia, edad y extensión lesional radiológica.

En los cánceres del tercio medio se efectuó el abordaje doble: laparotomía y toracotomía derecha. Dentro de la escuela sajona este criterio fue sustentado en primer término por Lewis y más tarde por Allison (1), Franklin (2) y Ogilvie (3). Como veremos, este abordaje permite un mejor acceso al esófago torácico en su totalidad y la posibilidad de ubicar la anas-

tomosis, en este caso esofagogástrica, tan alta como sea necesaria.

En la práctica procedemos de la siguiente manera:

1) *Tiempo abdominal.* Incisión mediana supraumbilical. En primer término *exploración*, buscando si existe extensión neoplásica a nivel de los ganglios de la pequeña curva gástrica, región celíaca, hígado, peritoneo.

Si estos sectores no están invadidos, se procede a la liberación de la gran curva

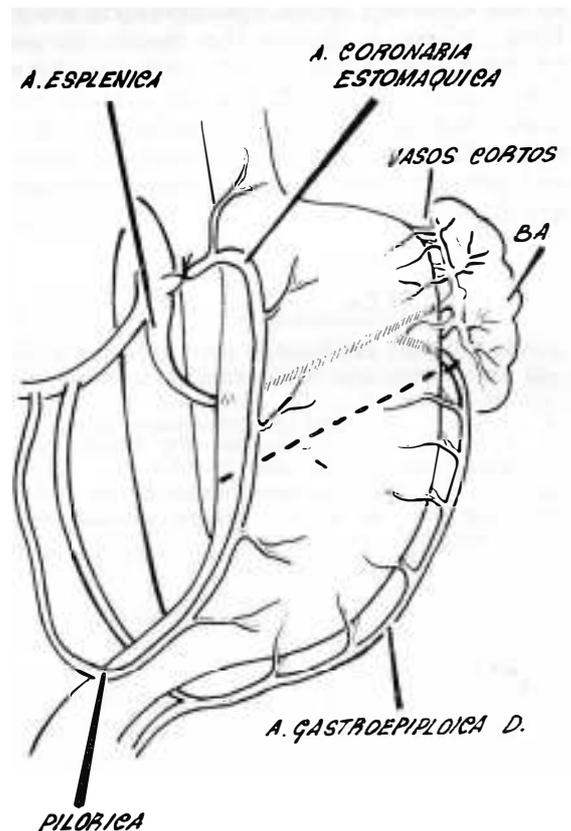


FIG. 1.

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" del profesor Héctor Ardao.

\*\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de setiembre de 1968.

\*\*\* Asistente de Clínica Quirúrgica.

\*\*\*\* Profesor Adjunto de Cirugía.

Sección completa del esófago a la altura indicada. Incisión sobre la cara anterior de la bolsa gástrica, no muy cerca de la línea de sutura.

La anastomosis esofagogástrica la realizamos en dos planos (fig. 2): musculoseroso posterior con puntos separados de lino que se colocan en sentido transversal, buscando evitar el desgarro de la pared esofágica, carente de serosa e integrada fundamentalmente por la capa muscular longitudinal. Plano total posterior y anterior con puntos separados de gastergut crónico 00. Musculoseroso anterior similar al posterior. Fijación a la pleura mediastinal de la bolsa gástrica por encima de la anastomosis con puntos de "descarga".

Dejamos sonda esofágica de control por encima de la anastomosis que se retira a las 24-48 horas.

Cierre de la toracotomía y drenaje pleural del modo habitual.

Los cánceres del tercio inferior fueron abordados por toracotomía izquierda a través del 8º espacio o toracofrenolaparotomía a través del mismo espacio.

Teniendo en cuenta la topografía y extensión lesional, se practicaron dos tipos

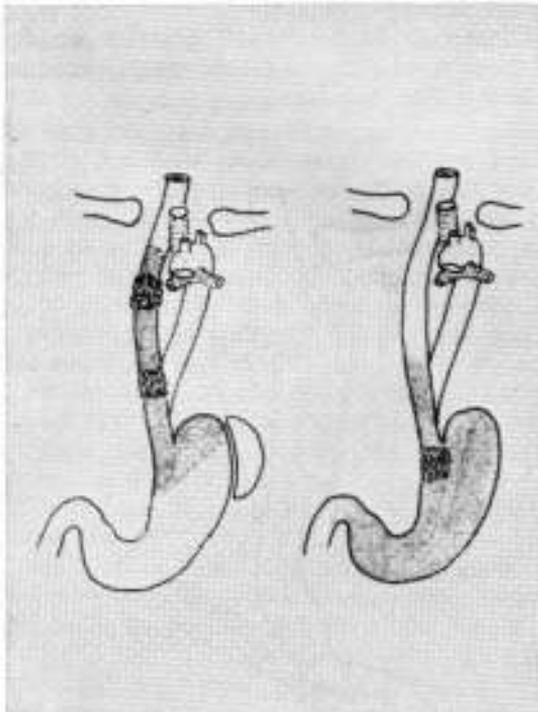


FIG. 3.

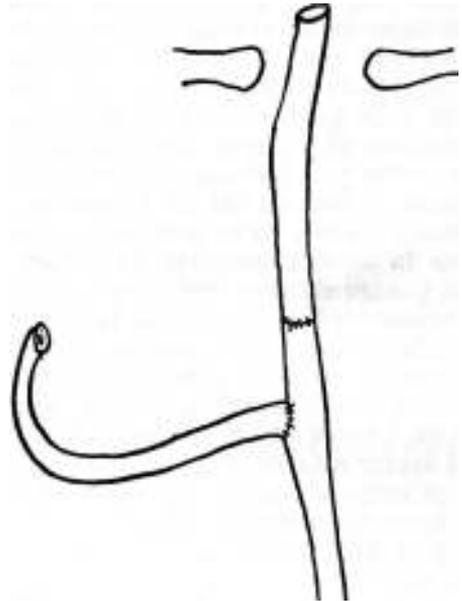


FIG. 4.

de intervención: a) en los tumores sin invasión gástrica o con pequeña invasión gástrica y sin adenopatías importantes celiacas, se realizó esofagogastrectomía proximal tipo Sweet, acompañada desde luego de piloroplastia; b) en los tumores con amplia extensión lesional gástrica o ganglionar regional se realizó esofagogastrectomía total ensanchada con anastomosis esofagoyeyunal con asa en Y de Roux (figs. 3 y 4).

## MATERIAL CLINICO

(Ver cuadro)

Consideramos los casos en que se pudo efectuar la resección, que suman diez.

a) *Edad*. Oscila entre 43 y 74 años, pero casi todos los pacientes son de más de 60 años y tres de más de 65 años. Según Belsey (2), en 160 casos de menos de 70 años la mortalidad operatoria fue de 15 % y en 60 de más de 70 años fue de 70 %.

b) *Sexo*. Siete hombres; tres mujeres.

c) *Estado general*. En todos los casos existía un severo toque del estado general, lindando algunas veces en la caquexia.

d) *Anatomía patológica*. Los del tercio medio eran epitelomas malpighianos, con grado variable de diferenciación celular. Los del tercio inferior fueron adenocarcinomas.



FIG. 5.—Preoperatorio correspondiente a la observación R. de la P., N° 213.940.

e) *Hallazgos operatorios.* En todos los casos las lesiones eran muy avanzadas: tumores que tomaban toda la circunferencia del órgano, extensos en longitud y con invasión variable del ambiente periesofágico torácico y abdominal. En ese sentido, de los tres casos de carcinomas del tercio inferior, dos de ellos tenían metástasis viscerales, una en cuerpo de páncreas y otra en lóbulo derecho de hígado. En cuatro casos la resección se efectuó con carácter paliativo, sea por la gran extensión directa invadiendo vísceras mediastinales vecinas (bronquio izquierdo, arteria pulmonar, etc.), por la colonización de ganglios mediastinales o abdominales en forma masiva o por las citadas metástasis abdominales.

## RESULTADOS

Consideramos fundamentalmente la *mortalidad operatoria*, entendiendo por tal la producida en un plazo de hasta 30 días

después del acto quirúrgico. Desde este punto de vista, esta serie fue afortunada: no hay muertes operatorias. Cabe destacar que en las grandes series la mortalidad oscila alrededor del 24 %. En lo que se refiere a los *resultados alejados*, tenemos:

- Cuatro casos de resección paliativa fallecieron a los 11, 7, 3 meses y el cuarto a 1 ½ años.
- Un caso reciente no se contabiliza (3 meses de operado).
- Un caso que falleció a los 3 meses por un empiema que pasó desapercibido y en el que la necropsia demostró la indemnidad de la sutura.
- Uno falleció a los 7 meses por extensión neoplásica.
- Uno falleció en forma brusca, sin haberse podido determinar la causa, al año y 7 meses.
- Uno falleció a los 9 años de extensión neoplásica.
- El último sobrevive en buenas condiciones a los 3 años y 4 meses de la intervención (figs. 5, 6 y 7).

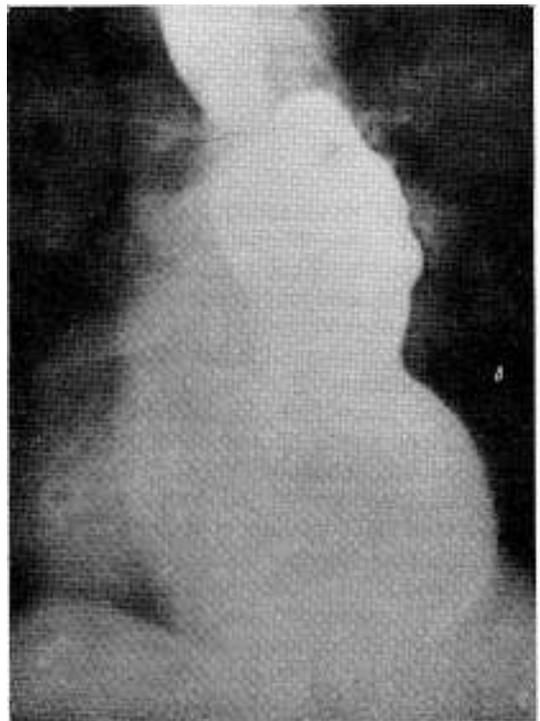


FIG. 6.—Postoperatorio correspondiente a la observación R. de la P., N° 213.940.



FIG. 7.— Postoperatorio correspondiente a la observación Z. L., N° 212.143.

## CONCLUSIONES

Del estudio del material clínico se desprende que los resultados alejados no pueden sorprender. Un autor como Collis dice: "No creemos razonable tomar el porcentaje de sobrevivientes a los 5 años, ya que hay tan pocos en esta categoría. Tomando el plazo de 2 años, alrededor de un tercio sobreviven al cabo de 2 años".

A la técnica que hemos descrito para tumores del tercio medio se le atribuyen dos elementos negativos: que exige el cambio de posición del paciente y que una vez completado el tiempo abdominal se puede encontrar que el tumor es irreseccable. En realidad si se cuenta con anestésista competente y los elementos de correcta reanimación; el cambio de posición no es problema serio. Y en cuanto a lo segundo, el tiempo abdominal no es agresivo para el enfermo y si luego no se puede efectuar la resección, no se ha efectuado nada irre-

parable, en el sentido de que la vascularización gástrica se ha conservado y con ello la viabilidad del órgano.

Queremos destacar que la resección del tumor fue llevada a cabo siempre que técnicamente fuera posible, sin tener en cuenta ni la edad ni la extensión de la enfermedad neoplásica, con el criterio de que la mejor operación paliativa es la resección. En general, aunque la enfermedad pueda progresar, la disfagia (excepto en un caso) no reapareció y los pacientes mueren de extensión neoplásica, pero no de hambre y sed. Pese a nuestra limitada experiencia, creemos que, si se cuidan los detalles de técnica, la mortalidad operatoria no es prohibitiva.

En lo referente a la radioterapia, estimamos que su lugar está en el preoperatorio. Lamentablemente, por razones de organización hospitalaria, en un caso en que se intentó esta conducta se perdió demasiado tiempo y luego la resección no fue posible. Por ello, no fue intentado en los casos que integran esta serie, pero es nuestra intención efectuar en el futuro roentgenoterapia preoperatoria, buscando mejorar los resultados.

Los resultados alejados dependen en gran medida de la etapa evolutiva de la enfermedad neoplásica y a este respecto creemos (como numerosos autores), que más importante que el grado de diferenciación celular es la extensión local y regional del tumor.

## RESUMEN

Se presentan diez casos de resección de cáncer del esófago. Siete de tercio medio y tres de tercio inferior.

Los cánceres del tercio medio fueron abordados por toracotomía derecha. Los neoplasmas de tercio inferior por toracotomía o toracofrenolaparotomía a través del octavo espacio intercostal.

En nueve casos se realizó esofagogastrectomía proximal con piloroplastia. En un caso, esofagogastrectomía total ensanchada.

En cuatro casos se consideró que la resección era paliativa. Ni la edad ni la extensión radiológica ni el tiempo de evolución de la disfagia contraindicaron la exploración quirúrgica.

No hubo mortalidad operatoria.

	Edad y sexo	T. de evolución disfagia	Topografía	Histología	Operación	Criterio paliativo-curativo	Postoperatorio	
							Inmed.	Alejado
J. F. 84.708	69 a. fem.	6 meses.	$\frac{1}{3}$ medio.	Epitelioma pavimento.	Esofagogastrectomía proximal.	Curativo.	Bueno.	Fallece, 2 años.
E. F. 72.514	62 a. masc.	1 mes.	$\frac{1}{3}$ medio.	Epitelioma pavimento.	Esofagogastrectomía proximal.	Paliativo.	Bueno.	Fallece, 7 meses, afagia.
D. L. 236.008	74 a. fem.	1 $\frac{1}{2}$ mes.	$\frac{1}{3}$ medio.	Epitelioma esp. celul.	Esofagogastrectomía proximal.	Curativo.	Neuropatía derecha.	Fall., 2 m., empiema, anast. s/p.
J. B. 109.043	63 a. masc.	5 meses.	$\frac{1}{3}$ inf.	Adenocarcinoma.	Esofagogastrectomía total.	Paliativo.	Bueno.	Fall., 3 m., extensión neoplásica.
H. B. 174.674	68 a. masc.	4 años.	$\frac{1}{3}$ medio.	Epitelioma malpighiano.	Esofagogastrectomía proximal.	Curativo.	Bueno.	Fall., 1 año 7 m. forma brusca.
S. A. 76.856	65 a. masc.	2 $\frac{1}{2}$ meses.	$\frac{1}{3}$ inf.	Adenocarcinoma.	Esofagogastrectomía proximal.	Curativo.	Subparietal.	Fall., 7 m., extensión neoplásica.
T. T. 210.366	43 a. masc.	3 $\frac{1}{2}$ meses.	$\frac{1}{3}$ inf.	Adenocarcinoma.	Esofagogastrectomía proximal.	Paliativo.	Bueno.	Fall., 1 $\frac{1}{2}$ a. extensión neoplásica.
R. de la P. 213.940	60 a. masc.	9 meses.	$\frac{1}{3}$ medio.	Epitelioma malpighiano.	Esofagogastrectomía proximal.	Curativo.	Bueno.	Vivo y bien a 3 años y 4 meses.
M. A. 221.561	62 a. fem.	2 meses.	$\frac{1}{3}$ medio.	Epitelioma pavimento.	Esofagogastrectomía proximal.	Paliativo.	Bueno.	Fall., 11 m., extensión neoplásica.
Z. L. 212.143	55 a. masc.	5 meses.	$\frac{1}{3}$ medio.	Epitelioma pavimento.	Esofagogastrectomía proximal.	Curativo.	Bueno.	Vivo y bien a 3 meses.

Se toma en cuenta la evolución alejada de nueve pacientes (uno es muy reciente). Solamente un enfermo sobrevive a los tres años y cuatro meses, encontrándose en buenas condiciones.

## RÉSUMÉ

On présente dix cas de résection de cancer de l'oesophage. Sept du tiers moyen et trois du tiers inférieur.

Les cancers du tiers moyen ont été abordés par thoracotomie droite. Les néoplasmes du tiers inférieur par thoracotomie ou thoracophreno-laparotomie à travers le huitième espace intercostal.

Dans neuf cas on a pratiqué une oesophago-gastrectomie de voisinage avec plicoplastie. Dans un cas, une oesophago-gastrectomie totale étendue.

Dans quatre cas on a considéré que la résection était palliative. Ni l'âge ni l'extension radiologique ni le temps d'évolution de la dysphagie contre-indiquaient l'exploration chirurgicale.

Il n'y a pas eu de mortalité opératoire.

On tient compte de l'évolution à posteriori de neuf malades (il y a un cas récent). Un malade seulement survit après trois ans et quatre mois, et se trouve en bonnes conditions.

## SUMMARY

The authors present ten cases of resection of cancer of the esophagus. Seven of these were located in the middle third and three in the lower third. The cancers in the middle third were approached through a right thoracotomy.

Neoplasms of the lower third were approached through a thoracotomy or a thoracofrenolaparotomy, through the eighth intercostal space.

In nine cases proximal esophagogastrectomy with piloroplastia was performed. In one case, total enlarged esophagogastrectomy was performed.

In four cases the resection was considered to be paliative. Neither the age, nor the radiological extension, nor the evolution time of the disphagia were considered counterindications for the surgical exploration.

There were no deaths during the operation.

The followup of nine patients is stated (one is very recent). Only one patient survives three years and four months later, and is in good condition.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. ALLISON, P. R. *British Surgical Practice*. London, Butterworth. 6: 342, 1949.
2. FRANKLIN, R. H. Comunicación personal.
3. OGILVIE, H. The Surgery of the Oesophagus. *Brit. J. Surg.*, 47: 457, 1960.