

Cáncer de esófago

Tratamiento quirúrgico

Dr. Juan Antonio Gil Mariño *

Desde 1948, el autor observó 687 pacientes con cáncer de esófago, de los que operó 569. Realizó 287 resecciones bajas, 117 altas, 58 derivaciones esófago-fúndicas y 107 intubaciones paliativas. Los 118 pacientes restantes se consideraron intratables. De las 182 resecciones realizadas en el quinquenio 1967-1972, sobrevivían 57% a los 2 años y 10% a los 5 años. En los enfermos derivados, la sobrevida promedio fue de 14 meses y la mortalidad operatoria del 3%. En los enfermos intubados, la sobrevida promedio fue de 8 meses, con una mortalidad operatoria de 6,8%. Se definen las diferentes conductas adoptadas frente a los tumores del alto o bajo esófago, haciendo breves consideraciones sobre las técnicas quirúrgicas empleadas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Esophageal neoplasms / surgery.

William Silen, de Harvard, y recientemente Belsey (1) refieren que nos hallamos ante la necesidad de un replanteo de la filosofía que guía los móviles de la terapéutica del cáncer del esófago. Se ha puesto énfasis en el logro de largas sobrevidas, situación que sólo se alcanza en un corto número de enfermos. En 1964, en nuestro Relato al Congreso Argentino de Cirugía (5), dijimos que cualquiera sea la terapéutica elegida entre los recursos disponibles, ya sea por separado o asociados, habremos cumplido médicamente si logramos obtener los mejores resultados antidisfágicos, aun paliativos, usando elementos capaces de provocar la menor agresión posible. Karnofsky (10) refiere que el limitado progreso terapéutico en un determinado campo médico no debe causar alarma o descorazonamiento, sino que por el contrario, ha de conducir a continuar el estudio y desarrollo del problema de tan difícil solución. En los pequeños avances suelen fundarse los mayores cambios conducentes al éxito.

La revisión de los resultados terapéuticos, personales y ajenos, muestra que no es mucho lo que se ha logrado avanzar en los últimos años respecto a largas sobrevidas, pese al desarrollo de avanzadas técnicas quirúrgicas, ra-

VI Cátedra de Cirugía, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

diantes o medicamentosas. En el campo quirúrgico, al que acá nos referiremos, los resultados no siempre están concordes con el uso de graves y extensas operaciones en una o varias etapas; por el contrario, y sin predicción, una simple resección convencional puede seguirse de mayor éxito que otra más compleja, de mayor hospitalización, morbilidad e importante mortalidad. No debe dejarse de considerar asimismo la posible elección de determinados procedimientos terapéuticos en las diferentes localizaciones del tumor a lo largo del esófago. Es una premisa que el tratamiento del cáncer esofágico debe ser no sólo electivo sino contar con la posibilidad de uso de todos los recursos desarrollados en los campos de las radiaciones, cirugía y drogas antiblásticas.

Este trabajo irá dirigido a un solo aspecto de las posibles terapéuticas: el de los procedimientos quirúrgicos desarrollados en el curso de los últimos 25 años para tratar el carcinoma esofágico y dirigidos esencialmente a lograr combatir la disfagia, que es su expresión clínica permanente y le da el insostenible carácter sintomatológico.

CARACTERES ONCOLOGICOS

El cáncer epidermoideo del esófago es de crecimiento lento, lo que explica en la mayor parte de los casos, su extensión metastásica regional y a distancia. Collins y col. experimentalmente fijaron su tiempo de duplicación tumoral en 160 días, referido al lapso necesario para que un tumor tipo duplique su volumen partiendo de un cultivo tipo con un tiempo de duplicación de 50 días, para lo que es necesario sufra 7,5 duplicaciones anuales. Al cabo de 5 años, tal tumor correspondería a uno de 1-2 centímetros cúbicos de volumen, con una población celular de 10^{10} (1 célula: 10 micrones). El largo lapso se corresponde con su frecuente lento progreso clínico y motiva su tardía detección. Es también la causa por la que es posible observar cánceres abandonados a su propia evolución y que logran sobrevivir hasta tres años a contar de su detección.

La capacidad de producir metástasis es directamente proporcional al largo tiempo de du-

Presentado al Curso de Esofagología del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 4 de diciembre de 1974.

* Jefe de Servicio de Cirugía.

Dirección: Uruguay 1243, p. 5. Bs. Aires, Argentina.

plicación y cuanto más largo es, mayor el número de las que se presentan. Es necesario advertir que experimentalmente parece demostrado que en las metástasis el tiempo de duplicación del tumor primitivo se acorta. Este panorama clínico y experimental es sombrío y se traduce en pacientes que llegan tarde con tumores avanzados y en la presencia de tumores que pocas veces están circunscriptos al esófago y que en cambio invaden su capa musculoadventicial, para volcarse en los linfáticos y en los tejidos periesofágicos mediastinales, situación tanto más frecuente y grave cuanto más alto está situado el tumor en el esófago torácico.

La diseminación de los tumores esofágicos se hace: a) por contigüidad; b) por metástasis surgentes que afloran en la mucosa a distancia de la lesión primitiva; c) por invasión ganglionar loco-regional y a distancia; y d) por metástasis viscerales. En el aspecto quirúrgico tienen especial interés las metástasis surgentes y el grado de invasión linfática. Del primer punto nos ocuparemos luego. La diseminación ganglionar no es metamérica y, a veces, ni siquiera regional. Los tumores del alto esófago torácico, que en nuestra clasificación son los que se desarrollan por encima de la vena pulmonar inferior izquierda, son capaces de invadir ganglios periesofágicos, intertraqueobronquiales, peritracuales, subclaviculares y, en el 30 % de los casos, aún los celiacos y coronarios. Algo semejante ocurre, aunque a la inversa, con los tumores del bajo esófago. Al hecho referido se agrega la disposición anatómica por la que los ganglios mediastinales se reparten en ambos hemitórax, lo que limita notablemente las posibilidades de la cirugía de exéresis, ya que en el acto operatorio, por razones de abordaje, sólo se ataca un hemitórax. Nace así una de las formales indicaciones del tratamiento radiante asociado, que no obstante pocas veces logra anular esta contingencia.

Las formas anatomopatológicas escirrosas, con más intensa estroma reacción, transcurren con más largo tiempo de evolución y menor infección. En los ancianos, en que este tipo de tumor es frecuente, si se logra obviarles la estenosis, y realimentarlos, es posible obtener una prolongación de la vida con menores riesgos que los que deben atravesar si se actúa con procedimientos quirúrgicos más radicales y de mayor mortalidad operatoria.

El cirujano del esófago debe, pues, conocer acabadamente la clínica, la utilización correcta de los procedimientos diagnósticos y los recursos disponibles para su tratamiento. Nunca ha de ser un simple operador. Nada significa operar con éxito inmediato un paciente si de él no se extraen hechos que sumados logran conformar una experiencia imprescindible.

Para la elección del tratamiento el paciente debe ser valorado según:

- 1) su edad y estado general;
- 2) su oportunidad diagnóstica;
- 3) la situación del tumor y la exacta revisión de los exámenes clínicos, de laborato-

rio, radiológicos, endoscópicos e histopatológicos;

4) el medio social en que vive el paciente y al que ha de volver una vez tratado;

5) el tratamiento seguido hasta el momento de su consulta.

En tales condiciones todo paciente puede ser referido a un determinado grupo de enfermos intratables o tratables.

Consideramos intratables a un corto número de pacientes a los que sólo puede indicárseles gastrostomía para alimentarlos. Se trata de caquéticos, con parálisis de la deglución, fístulas mediastinales o esófago-aéreas y/o con metástasis viscerales.

Los pacientes pasibles de tratamiento se presentan en diferentes estadios. Nuestro objetivo es llegar al diagnóstico temprano, en que son mayores las posibilidades de no haberse volcado el tumor en los ganglios mediastinales y, por ende, mayores las posibilidades de lograr mejor sobrevida. Cuando el tumor perfora la submucosa y se disemina por la capa muscular ya no existen límites al avenamiento linfático y la diseminación hemática, por lo que el control terapéutico se hace imposible. No obstante nada se logra con actitudes nihilistas, porque aún a estos pacientes es posible aliviarlos. Es necesario adecuar la conducta a cada caso: es inútil intubar, por ejemplo, a un paciente que desde ese momento sólo podrá ingerir licuados, pero que sin familia ha de volver al campo donde no dispone de licuadora.

DIRECTIVAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Es suficientemente conocida la necesidad de asociar, porque se complementan, los recursos quirúrgicos, radiantes y la medicación antibiótica. Trataremos solamente de los primeros, refiriendo como manejamos el grupo de pacientes que operamos.

Cáncer del bajo esófago: En esta localización ya no se discute que la mejor terapéutica es la quirúrgica y que ésta es la mejor actitud médica cuando el tumor es resecable. Aún esto es válido cuando la resección sólo resulte paliativa. Cuando el tumor no puede ser resecado, y en el acto operatorio el fundus gástrico está indemne, la mejor paliación se obtiene por una derivación esófago-fúndica, a lo Heyrowsky (9). Abandonamos las derivaciones esofagoyeyunales, que reemplazamos por las intubaciones transtumorales.

Cáncer del alto esófago: Decidida su operabilidad y luego de irradiarlos, cuando el enfermo no está obstruido decidimos intentar la resección del tumor. Caso contrario una gastrostomía para alimentación, temporaria, puede colocarlo en condiciones operatorias. Si el paciente está obstruido y no es resecable le colocamos el tubo plástico transtumoral. Este puede ser todo el tratamiento o bien, continuarlo con radiaciones.

Conducta operatoria según la localización tumoral.

A) Tumores del bajo esófago y de la región esofago-cardio-tuberositaria.

Están localizados por debajo del plano que pasa por la vena pulmonar inferior izquierda y reúnen a los situados en el bajo esófago torácico y abdominal y a los del cardias que secundariamente invaden el esófago o el estómago adyacentes. En este grupo es preciso señalar a los tumores que llamamos "limitantes", por estar situados junto al plano antedicho y muy próximos a los del alto esófago, del sector de la pars hiliaris. A estos tumores "limitantes" es necesario detectarlos con precisión antes del abordaje quirúrgico porque comparten las dificultades y las técnicas operatorias de los tumores del alto esófago.

Los tumores del bajo esófago son espinocelulares o adenocarcinomas si tienen su origen en el polo gástrico. En nuestra experiencia los dos tipos nombrados no son distintivos y tienen en común sus caracteres anatomoclínicos, abordaje operatorio, planteo táctico y aún su evolución y pronóstico.

Las resecciones de estos tumores no admiten ya discusiones mayores. La grave complicación de las resecciones esofágicas, las dehiscencias anastomóticas, han desaparecido desde que la técnica las posibilitó sencillas y seguras. Las resecciones bajas son más sencillas y favorables que las de los tumores del alto esófago y asimismo tienen mayor expectación de sobrevivencia.

Estas lesiones bajas las abordamos por toracotomía izquierda universal y hace años que abandonamos para esta localización las vías combinadas toracoabdominales. Con el tórax abierto y una vez ubicada la lesión por palpación y verificada su posible exéresis, no nos detenemos en separarla, sino que de inmediato procedemos a la apertura del diafragma, para explorar el abdomen. Decidida la resección, la efectuamos lo más amplia posible, incluyendo las fascias viscerales, pero sin que escape a la posibilidad de lograr la anastomosis esofagogástrica intratorácica infraórtica. La liberación gástrica debe hacerse alejada de su gran curva (Mérola, Logan) y en el fondo del campo operatorio aparecen la cola del páncreas y el polo superior renal y la supra-renal. La ligadura de la coronaria estomacal, que da "vuelo" a la pequeña curva, debe hacerse en su pie, con lo que se logra la resección de la lesión en bloque con las adenopatías satélites y regionales. La sección del esófago y estómago deben recaer más allá de los 5-7 centímetros de los límites del tumor, y la anastomosis, de sencilla técnica, no exige maniobras especiales. A lo largo de nuestra experiencia la fuimos simplificando, llegando a concluir que debe ser amplia, que el plano posterior acepta fácilmente dos planos de sutura con lo que el esófago se apoya en la cara gástrica y que es indiferente, cuando los puntos totales están correctamente colocados, que el plano anterior sea hecho en uno o dos planos. Cada vez más nos inclinamos por un solo

plano, que cubrimos con epiplón y el colgajo pleural, sumergiendo la anastomosis en la atmósfera mediastinal. Puede efectuársela con diferentes tipos de hilos y lo que es más importante, los puntos totales deben tomar suficientemente los bordes y anudarse en la luz del tubo. Hemos utilizado, y desechado, engorrosas triangulaciones, intususcepciones, orejuelas varias sobre la cara gástrica, construcción de válvulas, que sólo complican la anastomosis sin agregar seguridad ni ventajas. Estas anastomosis, de mala fama, requieren cirujano entrenado, buenos cabos y límpida ejecución. Las que fracasan son las anastomosis "vacilantes" y "sucias".

En las resecciones bajas abandonamos las técnicas ampliadas y mutiladoras del abdomen superior, así como las esofagectomías totales y anastomosis cervicales, con interpolación gástrica y/o colónica. Estas resecciones extendidas no ofrecen mejores resultados alejados y están gravadas por mayor morbimortalidad. Aconsejamos no llevarlos a cabo si técnicamente es posible la exéresis seguida por una correcta anastomosis infraórtica. Sin duda que existen algunos casos en que éstas no son posibles y hemos ya hablado de los tumores "limitantes" del bajo esófago. En esta localización a veces es posible, sobre todo en longineos, efectuar anastomosis infraórticas "ajustadas", quedando sepultadas por detrás del arco aórtico. En tales casos debe preverse la posibilidad de tener que acudir a una anastomosis cervical, por "necesidad". Decker (3) hace ya años dijo que el problema de la extensión a dar a una resección tumoral está en acordar los límites máximos de tal actitud, y por encima de la que es inútil extenderla, porque las posibles y aún probables ventajas quedan anuladas por un aumento marcado en la morbimortalidad.

Debe recordarse que la esofagectomía —en última instancia— es una exéresis extendida a lo largo del esófago pero no constituye una resección ampliada en sentido oncológico. Si la resección es correcta, pocas oportunidades habrá en que la muerte alejada sea debida a recidiva en el esófago restante o en la anastomosis y sí, en cambio, por la evolución de la neoplasia.

Otro problema que se plantea en las resecciones bajas es si éstas caben en tumores extendidos y diseminados. Creemos que los resultados son malos en estos casos y que la muerte de estos reseccionados sobreviene en corto tiempo. Cuando los tumores del bajo esófago invaden el estómago, más allá del fundus, se fijan al páncreas, muestran grandes e infiltrantes adenopatías del tronco celiaco y aún alguna metástasis hepática, la resección paliativa debe ser reemplazada por otras técnicas operatorias más sencillas, menos graves y de mejores resultados paliativos inmediatos; tales las simples derivaciones esofago-fúndicas e intubaciones.

Las resecciones esofágicas —cualquiera sea el tipo técnico usado— se desarrollan en dos tiempos operatorios bien delimitados: el de la resección o tiempo oncológico y el tiempo plás-

tico o de reparación de la continuidad del tránsito digestivo.

En los tumores bajos no reseables el mejor intento paliativo es la derivación esofagofúndica, con la técnica de Heyrowsky (9) usada en el tratamiento de algunos megaesófagos. La utilizamos desde 1948 (6) con excelentes resultados funcionales y las complicaciones operatorias descritas en la literatura francesa —esofagitis y hemorragia— creemos se obvian dando "vuelo" y "amplitud" a la neoboca, con lo que se evita el estancamiento del reflujo ácido en el esófago. Estos operados pueden reiniciar su alimentación normal, aun irradiarse si se trata de epitelomas espinocelulares y tratarse con drogas antiblasticas. Su sobrevida, que en algunos casos supera los dos años, es muy diferente a la del paciente reseado de un cáncer extendido, que nunca llegan a alcanzar el final de su período de readaptación postoperatoria.

Cuando el fundus gástrico está invadido por el tumor y, éste no es reseable, la derivación no es posible y surge la indicación de la simple intubación plástica transtumoral con la técnica que describíramos con Goñi Moreno y publicáramos en la Academia Argentina de Cirugía (7,8). Estas intubaciones, que con distintos tipos de tubos, pero usando nuestro principio, se efectúan en muchos países, son en estos casos desesperados de gran eficacia paliativa y apoyo psíquico porque permiten que el paciente reinicie su alimentación, que aunque licuada, en papillas o cremas, se hace sin dificultades. Este método, pese a su sencillez, no debe ser utilizado sin indicación estricta por cirujanos proclives a extender sus posibilidades. Sólo en los pacientes en que ni aun nuestros tubos pueden ser colocados, así como tampoco el tubo de Souttar (13), sólo resta efectuar una gastrostomía para alimentación, que en el canceroso avanzado resulta más un vía crucis que una paliación.

Breves consideraciones técnicas.

Los tumores del bajo esófago los abordamos por toracotomía izquierda universal, a través del lecho de la 7ª costilla. En los tórax rígidos es necesario agregar la resección de 1 cm de los extremos anterior y posterior de las costillas subyacentes, entendiéndose que esta limitada resección será alterna, anterior en la costilla superior y posterior en la inferior. Los músculos de la gotera vertebral al ser separados sin seccionarlos proveen un bolsillo muscular posterior, muy útil para lograr el cierre hermético torácico. La apertura del tórax debe permitir que las dos manos del cirujano actúen libremente. En el triángulo anatómico formado por el pericardio, la aorta y el diafragma (triángulo de Truesdale) se separa el esófago y se reconoce el tumor y sus conexiones. La decisión de resecarlo, derivarlo o abandonarlo surge de la inmediata frenotomía y consecuente exploración abdominal: extensión y fijación del tumor, invasión fúndica, metástasis hepáticas y peritoneales, grado de compromiso ganglionar. Si el bazo está muy adheri-

do o el epiplón gastroesplénico es muy breve y no puede alejarse del campo puede surgir la indicación de la esplenectomía. La resección en bloque debe pasar por el plano pancreático, despegando la coalescencia esplenopancreática, hasta alcanzar los pilares diafragmáticos, el polo superior renal y la cápsula suprarrenal. La liberación gástrica amplia y conservando la irrigación del estómago, permite llevarlo al tórax sin tensiones. Para iniciar la anastomosis terminolateral esofagogástrica es de inestimable ayuda la pinza fenestrada y acodada de Resano-Harrington, que toma el cabo esofágico. La sección gástrica puede ser efectuada horizontal, diagonal, en escalera o bien puede ejecutarse un tubo gástrico a expensas de la gran curva. La anastomosis puede ubicarse en la cara anterior o posterior del estómago remanente o resultar tubular terminoterminal. Nada agregaremos sobre esta anastomosis que no signifique insistir en la sencillez de su ejecución. No usamos sonda transanastomótica y desde el tercer día les suministramos líquido por boca, pasando a las papillas a la semana y a una alimentación blanda a los 15 días.

B) Tumores del alto esófago.

Resano (12), nuestro más grande esofagólogo, dijo que cuanto más alto está situado el tumor en el esófago torácico menores son las posibilidades de resecarlo. Así como en las localizaciones del bajo esófago el tratamiento es quirúrgico, en los tumores que ahora consideramos la cirugía mantiene indicaciones estrictas en el esófago medio, hasta tenerlas por excepción en el sector cervicotorácico. En el alto esófago a la cirugía se le asocia el tratamiento radiante o éste puede ser el método de indicación precisa. De la cirugía paliativa antidisfágica sólo cabe utilizar las intubaciones en los tumores que no alcanzan el pasaje cervicotorácico. En estas localizaciones altas no encontramos indicación —sino excepcionalmente— para las resecciones paliativas, sean éstas dejando el tumor in situ efectuando derivaciones con interpolación de un segmento colónico o bien efectuando resecciones cruzadas zonas invadidas. Estas conductas están gravadas por alta mortalidad y deben suplantarlas por radiaciones asociadas a intubaciones o gastrostomías temporarias y antiblasticos, según el caso.

Las divergencias se plantean, sobre todo, con los cánceres del medio esófago, a los que Resano llamó de la pars hiliaris (11). Cuando se decide operarlos es aconsejable indicar cobaltoterapia previa. Esta conducta la seguimos en pacientes en buen estado general, no añosos y sin obstrucción. Con la cobaltoterapia previa se pretende reducir el tamaño del tumor y facilitar su resección, deprimir el ciclo vital celular alterado, disminuyendo el riesgo de colonizaciones por trasplante intraoperatorio al cerrar posibles vías abiertas linfemáticas y procurar esterilizar adenopatías. Estas resecciones son ahora posibles por los avances técnicos que permiten la ejecución de

esofagectomías totales, de "necesidad", seguidas de anastomosis subfaringo o esofagogástricas y/o colónicas. Estas operaciones, en el curso de los años, han sufrido numerosos cambios en sus planteos tácticos. Sucesivamente hemos usado, y desechado, toracotomías universales izquierdas con descruzamiento aorto-esofágico y anastomosis en el vértice pleural, toracotomías izquierdas bicostales con iguales fines, laparotomías usadas para preparar la movilización gástrica, asociadas a los 15-20 días a toracotomías derechas universales o sólo anteriores por el tercer espacio y, por último, por las actuales resecciones en una o dos etapas que se inician por toracotomía derecha, continuándose con laparotomía y finalizándolas con la anastomosis en el cuello.

Estas operaciones han logrado efectuarse con un bajo porcentaje de mortalidad operatoria, aunque conservan alta morbilidad. Desarrollamos estas resecciones en dos tiempos, realizándolas en una o dos etapas según el estado del enfermo. El primer tiempo corresponde al oncológico de resección del tumor y de las adenopatías mediastinales derechas y carinales; se efectúa por toracotomía derecha. El segundo tiempo, menos importante, es el plástico de interpolación visceral—estómago o colon— para restablecer el tránsito digestivo. En enfermos en buen estado general estas resecciones pueden ser intentadas en una sola etapa, pero en la mayor parte de los pacientes es conveniente realizarla en dos etapas, dejando en la primera, tras la resección del esófago torácico, un esofagostoma cervical y un gastrostoma temporario. El intervalo para alcanzar la segunda etapa de interpolación está marcado por la evolución del esofagostoma, que en 15-20 días se muestra bien delimitado, con bordes irrigados y aptos para recibir la anastomosis. Para cumplimentar la segunda etapa de interpolación hemos desarrollado un largo tubo gástrico tallado a expensas de la gran curva, con el que siempre es posible llegar al cuello. Puede pasarse la víscera por delante o detrás del esternón, aunque el segundo es el camino más corto. Por su sencillez y escaso riesgo durante mucho tiempo preferimos el camino preesternal, pero en los últimos casos estamos usando la vía retroesternal, que creemos facilita la ejecución de la anastomosis.

Otros cirujanos prefieren para interpolar un segmento colónico, con resultados finales semejantes. Sólo usamos esta técnica cuando el estómago no está disponible y preferimos el cecoascendente. La creemos más larga, complicada por un número mayor de dehiscencias de anastomosis.

En nuestra experiencia estas resecciones totales están signadas por alta morbilidad y mortalidad alejada, independiente del hacer quirúrgico. Las anastomosis cervicales se fistulizan, a veces son dehiscentes; exigen retoques por esta causa o porque se estenosan. Los esfuerzos actuales van dirigidos a evitar estas complicaciones.

En los carcinomas situados en el sector supraórtico las dificultades técnicas de resección

hacen que muy pocas veces estos tumores puedan ser satisfactoriamente reseçados. Por lo general toman o invaden vitales estructuras vecinas, gruesas adenopatías son causa de parálisis de la deglución y las diseminaciones en el tórax opuesto y a distancia, hacen que la cirugía sólo esté indicada por excepción.

En el alto esófago las intubaciones sólo pueden efectuarse en los tumores que no sobrepasen el arco aórtico, porque si se intenta intubar tumores más altos el sector del tubo plástico que queda por encima del borde superior tumoral se comporta como un cuerpo extraño hipofaringo-esofágico y resulta intolerable para el paciente.

Sólo el 10 % de los tumores que se nos presentaron en el alto esófago pueden ser detectados y operados en el estadio mucoso-muscular. El 90 % corresponden a estadios extramusculo-adventicio-mediastinales.

Breves consideraciones técnicas.

La operación de resección del carcinoma del alto esófago torácico debe comenzar, según creemos, por el tiempo oncológico de resección, que es el más importante. Dijimos que el tiempo de interpolación puede ser inmediato o diferido 15-20 días. Cuando la segunda etapa se difiere la gastrostomía temporaria efectuada en la primer etapa permite alimentar al paciente durante la espera. Esta gastrostomía debe efectuársela cerca de la pequeña curva y lo más pequeña posible, para su fácil cierre posterior. Si se ejecuta el tubo gástrico el orificio gastrostómico desaparece con la zona de pequeña curva que se reseca. Hemos abandonado definitivamente la táctica operatoria en que en la primer etapa se interpola la víscera y luego recién en la segunda etapa se reseca el tumor. Esta posición aún es defendida por algunos cirujanos que pretenden asegurarse la inexistencia de metástasis hepáticas, que nosotros soslayamos porque no operamos casos avanzados. Si algún caso resulta sospechoso una rápida laparoscopia soluciona el problema.

La irradiación tumoral previa a la operación no trae aumento de dificultades técnicas siempre que la resección se efectúe entre la 3ª y 5ª semanas. En tales casos comprobamos que en algunos pacientes la acción del cobalto es efectiva, logrando disminuir el volumen del tumor y aún borrarlo en el esófago. Por el contrario no observamos acción afectiva en los grupos ganglionares.

En el cáncer del alto esófago la mejor resección se logra con el procedimiento más simple, en el menor tiempo operatorio posible, referido éste no a velocidad del cirujano sino a simplificación técnica. Dijimos que la operación debe comenzar por el tiempo torácico de resección, que establece la reseccabilidad y la posibilidad de efectuar el vaciamiento mediastinal y carinal. Por vía derecha el esófago se aborda en toda su extensión torácica tras sólo ligar el cayado de la azygos. Estas resecciones, si se pretende lograr resultados aceptables, deben ser dirigidas a tumores que se mantengan

localizados al estadio musculoadventicial, con lo que el aislamiento del esófago y sus mesos se puede efectuar en espacios celulosos mediatinales macroscópicamente libres. El tiempo abdominal se realiza por una laparotomía paramediana interna, de Lennander, llevada arriba en el ángulo xifocostal, con resección del xifoides. La liberación gástrica, respetando su irrigación, no presenta dificultades. El túnel pre o retroesternal, según se prefiera, se ejecuta fácilmente, y con seguridad, con las espátulas ideadas por Cámara Lopes (2). Si el estómago total o tubular resulta exuberante al llegar al cuello no debe titubearse en acortarlo, porque es indudable que el extremo gástrico cervical está tanto más irrigado cuanto más corto es. La anastomosis no difiere de la descrita para las resecciones bajas.

CASUÍSTICA Y RESULTADOS

Desde 1948 hasta diciembre de 1974 observamos 687 pacientes con cáncer del esófago, de los que operamos 569.

Practicamos 287 resecciones bajas, 117 resecciones del alto esófago, 58 derivaciones esofagofúndicas y 107 intubaciones paliativas.

Hallamos intratables a 118 pacientes, de los que 97 padecían cáncer del alto esófago y 21 localizados en el bajo esófago. Este grupo de intratables disminuye en la actualidad gracias a un diagnóstico más temprano.

De las resecciones bajas diremos que logramos series de 15 pacientes con 0 % de mortalidad. La sobrevida de la serie completa es muy baja a los 5 años, siendo necesario advertir que comprenden operaciones efectuadas desde 1948 hasta la fecha, lapso en que no tienen vigencia ni admiten comparación los diferentes parámetros de juicio. Por esto tomaremos sólo 182 pacientes del período 1967-1972; este grupo fue operado con iguales indicaciones, pacientes en mejor estado general y técnica similar. A los 2 años vivían el 57 %, a los 3 años el 34 %, a los 4 años el 14 % y a los 5 años el 10 %. Es probable que si a esta serie se le van agregando los pacientes de los dos últimos años pueda aún mejorarse el por ciento de sobrevida de 5 años.

En las resecciones del alto esófago cuando efectuamos anastomosis supraórticas intratorácicas, a lo Garlock (4), que ya no practicamos, obtuvimos los siguientes resultados: 88 operaciones de Garlock con 23 % de mortalidad operatoria y 5 % de sobrevida a los 5 años. Actualmente no vive ninguno de estos pacientes. Desde 1967 a 1972 practicamos 49 resecciones totales con anastomosis cervicales. A los 2 años sobrevivían 6,3 %, a los 3 años, 2,9 % y a los 5 años, 0 %. La mortalidad operatoria dentro de los tres meses de la primera etapa fue del 40 %. Desde hace dos años hacemos cobaltoterapia preoperatoria con lo que esperamos mejorar los resultados.

En el período completo 1948-1972 derivamos 58 pacientes. La mayor sobrevida obtenida fue de dos años y medio, con un promedio de un año y dos meses. La mortalidad operatoria fue de 3 %.

En igual período intubamos 121 pacientes con una sobrevida mayor de un año y seis meses y un promedio de ocho meses. La mortalidad operatoria alcanzó a 6,8 %.

CONSIDERACIONES FINALES

Estas son las pautas que seguimos en las indicaciones y ejecución técnica de los procedimientos quirúrgicos que la experiencia nos ha permitido desarrollar en la cirugía de los carcinomas esofágicos.

Esta cirugía está en constante evolución y nada en ella tiene correspondencia con un cierto cirujano optimista o nihilista, sino que la conducta se deriva de la cuidadosa evaluación de cada paciente. Las estadísticas guardan el valor de hechos generales y sólo nos autorizan a desechar determinada técnica fallida, pero no deciden la conducta en el caso particular. Los resultados admiten mejoría, que se acentuará cuando en un solo ámbito se disponga de todos los elementos imprescindibles: radiaciones, cirugía, antiblásticos y los pacientes puedan ser tratados con directivas desprendidas de un grupo de especializados, sin tener en cuenta la particular dedicación del médico que primero asiste al paciente.

Hemos dicho que los resultados alejados de las intervenciones son pobres y lo son, asimismo, en sentido curativo, los logrados con las radiaciones y antiblásticos. No obstante tienen gran valor si dejamos de dirigir nuestra proceder al logro de la meta tan difícil —cuando no imposible— de pretender resultados curativos y reconocemos el largo camino andado en el último cuarto de siglo, con el logro de importantes resultados en los avances técnicos y en la paliación, resultados sin duda modestos pero de fundamental importancia en el aspecto humano, con los que contribuimos a mejorar y ayudar a las víctimas de tan cruel localización cancerosa.

RESUME

Cancer de l'oesophage. Traitement chirurgical.

Depuis 1948, l'auteur put observer 687 patients porteurs de cancers de l'oesophage et en opéra 569. Il procéda à 287 résections basses, 117 hautes, 58 dérivations oesophagofondiques et 107 intubations palliatives. On considéra que les 118 patients restants ne pouvaient être soumis à aucun traitement. Sur 182 résections réalisées entre 1967 et 1972, 2 ans après l'intervention, 57 % des malades survivaient, et 10 % au bout de 5 ans. Quant aux malades ayant subi une dérivation, la moyenne de survie fut de 14 mois et la mortalité opératoire de 3 %. La moyenne de survie des malades intubés fut de 8 mois, avec une mortalité opératoire de 6,8 %. L'auteur décrit les diverses conduites adoptées dans les cas de tumeurs de l'oesophage haut et bas et fait de brèves considérations sur les techniques opératoires utilisées.

SUMMARY

Cancer of the esophagus. Surgical treatment.

The author has observed 687 patients with esophageal cancer since 1948, he has operated 569 of them. He has carried out 287 low resections, 117 high resections; 58 esophago-fundic by-pass operations and 107 palliative intubations. The other 118 patients were

looked upon as untreatable. Out of the 182 resections carried out in the 1967-1972 period, 57 % survived after 2 years and 10 % after 5 years. The patients with esophago-fundic by-pass operations showed an average survival of 14 months and operative mortality was 3 %. The average survival of the intubated patients was 8 months, with an operative mortality of 6.8 %. The different treatment adopted for the tumors of low and high esophagus are defined, with a brief discussion about the surgical techniques used.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BELSEY R and HIEBERT CA. An exclusive right thoracic approach for cancer of the middle third of the esophagus. *Ann Thorac Surg*, 18: 1, 1974.
2. CAMARA LOPES LH. The intrathoracic use of the large bowel after subtotal esophagectomy for cancer. *J Thorac Surg*, 25: 205, 1953.
3. DECKER P. Réflexions à propos de la gastrectomie totale pour cancer. *J Int Chir*, 11: 28, 1951.
4. GARLOCK J. Resection of the thoracic esophagus for cancer located above the arch of the aorta. Cervical esophagogastronomy. *Surgery*, 24: 1, 1948.
5. GIL MARINO JA. Cáncer de esófago. Aporte de la cirugía en su tratamiento. *Congreso Argentino de Cirugía*, 35º, 1: 381, 1964.
6. GONI MORENO I y GIL MARINO JA. Las esofagogastronomías paliativas de derivación en el cáncer no reseccable del esófago torácico. *Bol Trab Soc Argent Cir*, 14: 650, 1953.
7. GONI MORENO I y GIL MARINO JA. Intubación en el cáncer inoperable del esófago. *Bol Soc Cir B Aires*, 40: 300, 1956.
8. GONI MORENO I y GIL MARINO JA. Técnica original para la intubación del cáncer no operable del esófago torácico. *Bol Soc Cir B Aires*, 46: 507, 1962.
9. HEYROWSKY H. Casuistik und Therapie der idiopathischen Dilatation der Speiseöhre: Oesophago-gastroanastomose. *Arch Klin Chir*, 100: 703, 1913.
10. KARNOFSKY DA. 2nd International Symposium of Chemotherapy. Naples, 1961. *Actas*, 1: 44, 1963.
11. RESANO JH. Traitement chirurgicale du cancer du segment juxta-hiliaire de l'oesophage. *Presse Med*, 59: 1200, 1951.
12. RESANO JH. Carcinoma del esófago: 396 sobrevividas a la esofagectomía torácica. *Cir Panam*, 1: 9, 1957.
13. SOUTTAR HS. The treatment of carcinoma of the esophagus. *Br J Surg*, 15: 76, 1922.