

Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago

Dres. Roberto Rubio y Günther Müller *

Diecinueve cánceres de los tercios medio (11) e inferior (8) del esófago, fueron tratados por esofagogastrectomía proximal (17 casos) o esofagogastrectomía total (2 casos). En una sola observación se realizó radioterapia preoperatoria. La operación se consideró pretendidamente curativa en 8 casos y seguramente paliativa en los 11 restantes. La restauración del tránsito se efectuó 17 veces por ascenso gástrico y mediante anastomosis esofagoyeyunal en las otras 2 observaciones. La mortalidad operatoria fue del 10,5 % (2 enfermos, uno de ellos —el único irradiado— por fistulización de la anastomosis esofagogástrica). El promedio de sobrevivencia alejada fue de 15 meses.

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

Estamos de acuerdo con lo que se ha dicho ayer y hoy por parte de otros colegas, sobre lo avanzado de la enfermedad cuando estos pacientes llegan al cirujano. Podemos afirmar que en lo que se refiere a extensión lesional del cáncer de esófago, los pacientes que hoy ingresan al Hospital de Clínicas son los mismos que veíamos en el Hospital Pasteur, cuando iniciamos nuestra práctica médica hace ya 26 años. En ese sentido nada se ha adelantado. Si queremos realmente mejorar nuestros resultados es imprescindible efectuar un diagnóstico más precoz de esta grave enfermedad.

Con el concepto de que la esofagectomía es el mejor tratamiento paliativo del cáncer de esófago, se fue muy amplio en la indicación de toracotomía exploradora.

A no ser pacientes en caquexia extrema o que presentaron manifestaciones evidentes de extensión neoplásica a distancia y/o mediastinal o pulmonar; por ejemplo: colonización ganglionar cervical o parálisis recurrencial izquierda, todos fueron operados cualquiera fuera el tiempo de evolución de la disfagia, la edad y la extensión lesional radiológica.

Los cánceres de tercio superior de esófago fueron considerados no quirúrgicos.

Clinica Quirúrgica "A" (Prof. Dr. Roberto Rubio) Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.

Los cánceres de tercio medio y de mitad superior de tercio inferior de esófago, fueron operados con la técnica de Lewis-Tanner o sea toracotomía posterolateral derecha a través del 5º o 6º espacio y laparotomía mediana supraumbilical. Los cánceres de tercio inferior de esófago yuxtacardiales, fueron abordados por toraco-freno-laparotomía izquierda a través del 8º espacio o bien por toracotomía izquierda a través de este mismo espacio y laparotomía mediana supraumbilical.

La esofagectomía fue seguida de esofagogastrotomía con piloroplastia tipo Mikulicz. En casos de cánceres yuxtacardiales con invasión extensa del estómago, se efectuó esofagogastrectomía total ensanchada con anastomosis esofago-yeyunal en "Y" de Roux.

No se efectuó radioterapia preoperatoria (salvo en un caso). En algunas observaciones de resecciones paliativas se realizó radioterapia postoperatoria.

El valor de asociar al tratamiento quirúrgico radioterapia preoperatoria es un tema sobre el que aún no existe acuerdo unánime. Nosotros efectuamos tratamiento quirúrgico exclusivamente; tal vez puede haber influido para seguir este criterio el que el único paciente de nuestra serie al que se le efectuó tratamiento radiante preoperatorio, falleció al sexto día por fistula esófago-gastropleural siendo éste el único que hizo una complicación de este tipo.

Hemos creído de interés efectuar una minuciosa revisión de todo lo publicado al respecto en los últimos 6 años y he aquí las conclusiones a que hemos llegado. La totalidad de los autores que efectúan tratamiento quirúrgico asociado con radioterapia preoperatoria consideran que en esta forma se mejora el índice de reseabilidad de los tumores esofágicos. En lo que se refiere a los resultados alejados, la mayor parte de los autores consideran que este tratamiento asociado no prolonga la sobrevivencia. Se acepta también en forma casi unánime que la mortalidad operatoria se eleva cuando se hace radioterapia preoperatoria.

Presentado al Curso de Esofagología del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 5 de diciembre de 1974.

* Profesor Director y Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Bulevar España 2904 ap. 401, Montevideo (Dr. Rubio).

RESULTADOS

Analizamos la serie de pacientes portadores de neoplasma de esófago, de tercio medio e inferior, tratados quirúrgicamente por integrantes de la Clínica, en el periodo que abarca desde 1959 a 1974 en lo que tiene que ver con sus resultados y evolución.

Dicha serie es relativamente breve, consta de 19 pacientes hasta el momento actual, pero de cualquier manera pensamos que es de utilidad su estudio detallado, ya que surgen del mismo algunos elementos que creemos positivos. Por otra parte, la homogeneidad en el sentido que siempre actuó el mismo grupo, permitió afianzar criterios de técnica o cambiar otros, ya sea en lo que tiene que ver con la vía de abordaje, la ejecución y técnica de la piloroplastia, etc.

El material clínico (Cuadro 1) muestra:

CUADRO 1
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE ESOFAGO
(19 pacientes — 1959-1974)

Edad	{ Máximo: 74 años	promedio: 60,7 años
	{ Mínimo: 43 años	
Sexo	{ Masculino: 15	
	{ Femenino: 4	

Se trata de enfermos de nuestro Hospital de Clínicas, con una edad promedio de 60 años y predominando netamente el sexo masculino.

En relación con el tiempo de evolución del síntoma más revelador o sea la disfagia, ésta presentó un tiempo máximo de cuatro años y un mínimo de un mes.

La topografía mostró escaso mayor porcentaje a favor del tercio medio (Cuadro 2).

CUADRO 2
EVOLUCION Y TOPOGRAFIA

Tiempo de evolución de la disfagia

Máximo	4 años
Mínimo	1 mes

Topografía

1/3 medio	11
1/3 inferior	8

En gran número de pacientes existía un severo toque del estado general, lo que evidencia lo avanzado que llegan al cirujano los pacientes portadores de estas lesiones. La histología reveló como más frecuente el epitelio epidermoide en trece casos, luego el adenocarcinoma con cuatro casos y en dos se presentaron dudas. El primero fue debido a una

discordancia entre el informe histológico de la biopsia y el de la pieza operatoria, que revisito, confirmó se trataba de un adenocarcinoma. En el segundo caso, la duda ha seguido hasta la fecha actual. Cabe destacar que el primer informe histológico de la pieza hecho por el Dr. Cassinelli, planteaba la duda entre un epitelio poco diferenciado o una manifestación univisceral de una enfermedad de Hodgkin. Este enfermo fue el único de la serie que vivió 7 años luego de intervenido.

La superficie de sección infiltrada fue hallada por el patólogo en tres oportunidades, todas ellas resecciones de carácter paliativo, en las que no se llevaron a cabo los requerimientos oncológicos por existir otras causas evidentes de diseminación (ver Cuadro 3).

CUADRO 3
ANATOMIA PATOLOGICA

Histología:

Malpighiano	13
Adenocarcinoma	4
Duda	2

Superficie de sección infiltrada 3

El criterio terapéutico se consideró como paliativo en 11 casos y curativo en los 8 casos restantes. Al hablar de curación lo hacemos con los reparos que da el tratamiento quirúrgico de esta afección, en un órgano eje del mediastino y con múltiples anastomosis entre sí de sus propios plexos linfáticos y con los órganos vecinos. Nos referimos a curativo, cuando no hubo evidencia de diseminación macroscópica, ni en tórax ni en abdomen.

No hubo contraindicación operatoria por la edad, ni por la extensión radiográfica, ni por el tiempo de evolución de la disfagia (ver Cuadro 4).

CUADRO 4
CRITERIO TERAPEUTICO

Curativo: 8	
Paliativo: 11	
No contraindicación por ..	{ Edad
	{ Extensión RX. lesional
	{ Evolución disfagia

Se realizaron 19 resecciones esófago-gástricas; 17 esofagogastrectomías proximales y 2 esofagogastrectomías totales.

La restauración del tránsito se efectuó con anastomosis esófago-gástricas en 17 casos y esófago-yeyunal en 2 casos. En uno se efectuó en asa de Braun y la otra en "Y" de Roux.

En todos se realizó piloroplastia a la Mikulicz (ver Cuadro 5).

CUADRO 5
OPERACION

Esofagogastrectomía proximal	17
Esofagogastrectomía total	2
Restauración del tránsito:	
Esofagogástrica	17
Esofagoyeyunal	2
Pilorooplastia	17

Los abordajes fueron por toracofrenolaparotomía izquierda por 8º espacio en los de tercio inferior, en 4 casos; en 2 casos se hizo doble abordaje por toracotomía por 8º espacio izquierdo y laparotomía.

Los de tercio medio se abordaron por doble incisión abdominal y torácica, en trece casos. En la mayor parte de ellos se comenzó por vía abdominal, salvo cuando se pensó que la lesión era irresecable por invasión mediastinal, en que se efectuó toracotomía primero (ver Cuadro 6).

CUADRO 6
ABORDAJES

1/3 inferior ..	}	Toracofrenolaparotomía: 4 casos	
		8º espacio	
1/3 medio — doble ..	}	Toracotomía-Laparotomía: 2 casos	
		8º espacio	
1/3 medio — doble ..	}	Abdominal	
			13 casos
		Torácico	
		5º o 6º espacio	

Los resultados postoperatorios inmediatos fueron buenos en 17 casos. Como complicación hubieron dos supuraciones de pared y dos neumopatías.

Consideramos fundamentalmente la mortalidad operatoria, entendiéndose como tal la producida en un plazo de hasta treinta días después del acto quirúrgico; y desde ese punto de vista la serie consta de dos muertes, llevando el porcentaje de mortalidad al 10,5 % (ver Cuadro 7):

CUADRO 7
RESULTADOS

Postoperatorio inmediato:

Mortalidad operatoria: 2 casos (porcentaje: 10,5 %)

- 1) Fístula esófago-gastro-pleural
- 2) Falla de sutura "tranche" gástrica

Evolución buena: 17 casos

Complicaciones:

Neumopatía: 2 casos

Supuración pared: 2 casos

Las causas de muerte; la primera observación se trató de un enfermo de 48 años, gran obeso que presentaba un epiteloma de tercio medio al que se le realizó tratamiento preoperatorio con Cobalto. Al 8º día del postoperatorio presenta una fístula esófago-gastro-pleural derecha, falleciendo. Este fue el único caso de la serie al que se le realizó Cobaltoterapia preoperatoria. La segunda observación, paciente de 60 años con un tumor extenso de tercio medio al que se le efectuó resección paliativa, en una enferma cardíopata, que presentaba también una cirrosis alcohólica compensada y que en el preoperatorio se le hizo una perforación endoscópica esofágica. Es operada transcurriendo los primeros días del postoperatorio con buena evolución. La anastomosis funcionó perfectamente en todo momento, no habiendo presentado ninguna complicación pleural. El 10º día presenta falla de sutura de la parte baja de la "tranche" gástrica en una extensión de 15 mm, que dio salida a líquido que por el mediastino pasó a la cavidad peritoneal, siendo así causa directa de la muerte de la paciente a los 12 días. Seguramente la falla de sutura se debió a un error de técnica y de ninguna manera a un problema de vascularización del muñón gástrico.

Las causas de muerte alejada se debieron en la gran mayoría a caquexia neoplásica, 9 casos. Por empiema pleural derecho en un caso; muerte súbita, 1 caso; afagia por recidiva 1 caso e ignoramos la causa en tres casos (ver Cuadro 8).

CUADRO 8

EVOLUCION ALEJADA-MUERTES

Caquexia neoplásica	9 casos
Empiema pleural derecha	1 caso
Muerte súbita	1 caso
Afagia por recidiva	1 caso
Ignorada	5 casos

El promedio de sobrevida en la serie que presentamos, es de 15 meses. Con 6 casos que vivieron entre 3 y 11 meses. Con 8 casos que vivieron entre 1 y 2 años. Un caso de duda histológica que vivió 7 años. 2 casos viven a los 5 y 12 meses de operados (ver Cuadro 9).

CUADRO 9

SOBREVIDAS

Promedio: 15 meses.

6 casos vivieron entre 3 y 11 meses.
8 casos vivieron entre 1 y 2 años.
1 caso (duda histológica) vivió 7 años.
2 casos viven: a los 5 y 12 meses.

Otros criterios terapéuticos coadyuvantes.

Radioterapia preoperatoria. Sólo se realizó en un caso que falleció por fístula esófago-gastro-pleural a los 8 días.

Postoperatoria. Fue usada sobre todo cuando la histología mostró la sección esofágica en zona infiltrada por tumor.

Quimioterapia. Postoperatoria. Fue utilizada sólo en un caso con Bleomicina y Mitomicina.

RESUME

Résultats obtenus dans le traitement chirurgical du cancer de l'oesophage.

Dix-neuf cancers du tiers moyen (11) et inférieur (8) de l'oesophage, furent traités par oesophagogastréctomie proximale (17 cas), ou oesophagogastréctomie totale (2 cas). Dans un seul cas on effectua une radiothérapie préopératoire. L'opération fut considérée comme vraisemblablement curative dans 8 cas, et indiscutablement palliative dans les 11 restants. Le rétablissement de la continuité digestive fut réalisée dans 17 cas par oesophago-gastrostomie et dans les 2 autres cas par anastomose oesophagojéjunale. La mortalité opératoire fut de 10,5 % (2 malades — l'un d'eux, le seul qui fut

irradié, par désunion de l'anastomose oesophago-gastrique). La moyenne de survie prolongée fut de 15 mois.

SUMMARY

Results of the surgical treatment of esophageal cancer.

19 cancers of the middle (11) and lower (8) thirds of the esophagus were treated by esophagectomy with proximal-gastrectomy (17 cases) or with total gastrectomy (2 cases). In only one patient pre-operative irradiation was performed. Surgery was considered aimingly curative in 8 cases and surely palliative in the other 11 cases. Continuity was restored by intrathoracic esophago-gastrostomy in 17 cases, and by esophagojejunal anastomosis in the other 2. Surgical mortality was 10,5 %, that is, 2 patients. One of them —the only one radiated— died due to disruption of the esophago-gastric anastomosis. The average of post-operative survival, was 15 months.