

# Esofagocoloplastia retroesternal con transverso isoperistáltico

Tiempo previo de la esofagectomía radical o método antidisfágico exclusivamente. Experiencia sobre 15 casos.

Dr. Francisco Gómez Gotuzzo \*

15 pacientes portadores de cáncer de esófago (casi todos de 1/3 medio), sin selección previa, fueron tratados por coloplastia retroesternal con colon transverso isoperistáltico. 4 de ellos considerados como resecables, se sometieron a esofagectomías secundarias 4 semanas después. Seis enfermos del total murieron dentro del mes de operados: 5 de ellos por complicaciones directas de los actos operatorios; los 9 restantes sobrevivieron entre 4 y 19 meses, sin recidiva de la disfagia. Se destaca el valor del procedimiento como paliativo, ya que mejora sustancialmente la calidad de la sobrevida obtenida.

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

"La cirugía de los tumores ha de ser agresiva si no quiere verse sometida —contra el fin que persigue— a un destino irracional y producto del azar". (Bauer, K. H.)

El tratamiento del cáncer del esófago torácico en cualquiera de sus segmentos no debe dejar de ser quirúrgico, toda vez que algún procedimiento pueda aplicarse y el enfermo ofrezca razonables posibilidades de soportar la operación. La esperanza de curar a alguno y aliviar efectivamente a los más, no nos debe abandonar. Y esto va, sin dejar de reconocer los adelantos del tratamiento radiante y la morbimortalidad operatoria, todavía alta, aquí como en cualquier operación de entidad. Cirugía y radiaciones no han podido hasta ahora, por sí solos, dominar la situación. De su asociación cabe esperar mejores resultados (15, 22, 25).

Es indudable que la cirugía sigue representando uno de los tratamientos de mayor importancia en el cáncer, y al emplearla debe procurarse que la extirpación sea completa. Mucho del porvenir de los pacientes depende de la primera terapéutica que se haga.

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

\* Cirujano del Centro Departamental de Salud Pública.

Dirección: Av. Luis A. de Herrera 272, Artigas.

Centro Departamental de Salud Pública. Artigas.

En nuestro concepto, el tratamiento del cáncer del esófago torácico, con excepción del situado muy bajo, exige la extirpación de todo el órgano con la consiguiente necesidad de su reemplazo por otra viscera destinada a desempeñar su función (6, 9, 14, 15).

Esta posición, intervencionista, pero no resecionista *siempre*, se basa en el pronóstico fatal de la enfermedad, en el sufrimiento del paciente al que no se proporciona alivio, en las limitaciones, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento radiante (29); en la imposibilidad de disponer de él en el medio en que se actúa; en los reales problemas que ocasionan los traslados al medio equipado al efecto en busca de una paliación de calidad y duración imprevisibles que obliga muchas veces a terminar en la gastrostomía y llevar una sobrevida en condiciones tan pobres, que no puede considerarse verdadera paliación.

Como paliativos, antidisfágicos, los métodos quirúrgicos son más efectivos (32) y entre ellos, la plastia con colon retroesternal, by-pass entre el esófago cervical y el estómago, tiene un lugar destacado por ser aplicable casi siempre a todo enfermo declarado "operable" y porque además ha demostrado funcionar muy bien durante años en los casos de estenosis benignas, por cáusticos (7).

## TACTICA Y TECNICA

Salvo para los tumores de localización muy baja, operamos a nuestros enfermos en 2 etapas:

**PRIMER TIEMPO** *Coloplastia retroesternal con transverso isoperistáltico.* Si se comprueba extensión neoplásica abdominal, ganglionar y/o hepática, hecho frecuente aun en cánceres altamente situados, no habrá segundo tiempo (salvo alguna excepción) y el enfermo pasa sin más a manos del radioterapeuta con la deglución recuperada, con la nutrición asegurada que aumentará la tolerancia al tratamiento y permitirá obtener de él todo lo que pueda dar. El enfermo terminará sus días por la progresión de la enfermedad incurable que padece y no por hambre ni sed, tragando su sa-



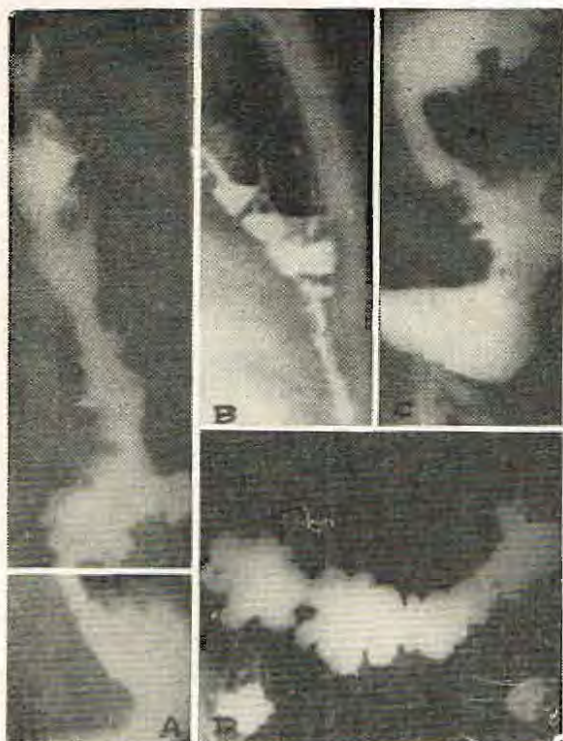


FIG. 1.—Esofagocoloplastia retroesternal. A: tránsito completo por el neoesófago con las uniones esofagocólica y cologástrica. B: colon retroesternal de perfil. C: repleción y evacuación gástrica normales. D: tránsito colónico normal.

liva, sin la sonda de gastrostomía de efectos deprimentes y no siempre aceptada. Si el abdomen está indemne, o solo existen algunos ganglios colonizados, libres y fácilmente extirpables, se los elimina, la esofagectomía puede seguir indicada y se agrega en este tiempo piloroplastia de Heinecke-Miculicz.

**SEGUNDO TIEMPO.** Tres semanas después, toracotomía derecha; si el tumor es resecable, se procede a la extirpación del esófago y los ganglios mediastinales en la forma más completa posible.

Antes tomamos radiografías, documentos de la nueva situación (Fig. 1). Entre ambas etapas está indicada la irradiación del tumor y el plazo entre ellas puede llevarse a 40 días o algo más (10, 15, 22, 25). En nuestra ciudad no disponemos de los medios para realizarla.

Realizada la esofagectomía, nuevamente puede estar indicada la irradiación complementaria del lecho esofágico, no habiendo unanimidad de opiniones entre los especialistas (29).

#### ASPECTOS TECNICOS PRICIPALES DEL PROCEDIMIENTO (Fig. 2):

—Trasplante constituido por el colon transverso con los ángulos y una porción variable del ascendente cuyo pedículo es la arteria del ángulo izquierdo.

—Ligaduras vasculares ubicadas en el origen de la arteria cólica media y en la terminación de la vena del colon transverso; si la arteria del ángulo derecho nace de la cólica, en general puede y debe conservarse (Fig. 3).

—Amplitud adecuada del túnel en toda su extensión.

—Cierre invaginante del extremo cólico a elevar.

—Cervicotomía izquierda: protección del recurrente, conservación de los vasos tiroideos inferiores, anastomosis esofagocólica terminolateral en dos planos, previo cierre invaginante del cabo mediastinal del esófago.

—Drenaje pleural uni o bilateral si se produjo su rotura durante la confección del túnel (14).

La figura 4 muestra la disposición final de la esofagocoloplastia.

#### RESULTADOS

Nuestra casuística consta de 15 casos. No se hizo selección ninguna. Fueron operados los 15 que pidieron alivio a su disfagia. El 70 % tenía metástasis abdominales y algunos ofrecían pobres condiciones generales para cualquier operación de envergadura. Los resultados fueron: 6 fallecidos entre 48 horas y 30 días; 9 sobrevivientes entre 4 y 19 meses; tres de éstos fueron esofagectomizados en segunda instancia y dos tenían ganglios mediastinales colonizados. Todos fallecieron desnutridos, algunos en caquexia, con tos rebelde o rebeldísima, sin recidiva de la disfagia.

Las causas de muerte de los 6 fallecidos antes del mes, fueron:

—Shock operatorio, 1 caso (Obs. 4): 72 años; tumor de tercio superior en esofagia; desnutrido, alcoholista, que rechazó la gastrostomía propuesta.

—Hemorragia mediastinal fulminante al 10º día, por ulceración de un grueso vaso, tal vez la aorta, 1 caso (Obs. 3): 69 años; extenso tumor con metástasis abdominal, ganglionar y hepática. El trasplante funcionaba bien.

—Peritonitis por filtración de la anastomosis cologástrica, 1 caso (Obs. 11). El trasplante funcionaba bien.

—Neumomediastino y neumotórax, 1 caso (Obs. 14): falleció al 5º día; el sitio y causa de la fistula no fueron aclarados en forma segura; la traqueobroncoscopia no fue concluyente.

—Empiema postesofagectomía, 1 caso (Obs. 13): el trasplante funcionó bien durante 24 días.

—Necrosis del trasplante, 1 caso (Obs. 9): se le retiró el ansa al 6º día y se hizo gastrostomía y esofagectomía; falleció a los 30 días.

Complicaciones menores, tuvimos en varios casos:

—Fistula cervical, 2 casos (Obs. 8 y 15): curaron fácilmente con dos puntos invaginantes y un tapón de gasa apoyado suavemente. No se puso sonda ni hubo necesidad de interrumpir la alimentación.

—Lesión del recurrente, 1 caso (Obs. 2): no sabemos en qué momento lo herimos; vivió 19 meses.

—Infección del mediastino: nunca la tuvimos. El cierre invaginante del extremo cólico a elevar es un gesto importante, ya que ésta sería su causa habitual.

—Rotura de pleuras, pequeñas uni o bilaterales, las tuvimos. El drenaje pleural habitual, permitió un postoperatorio normal. El colon obtura eficazmente la pe-



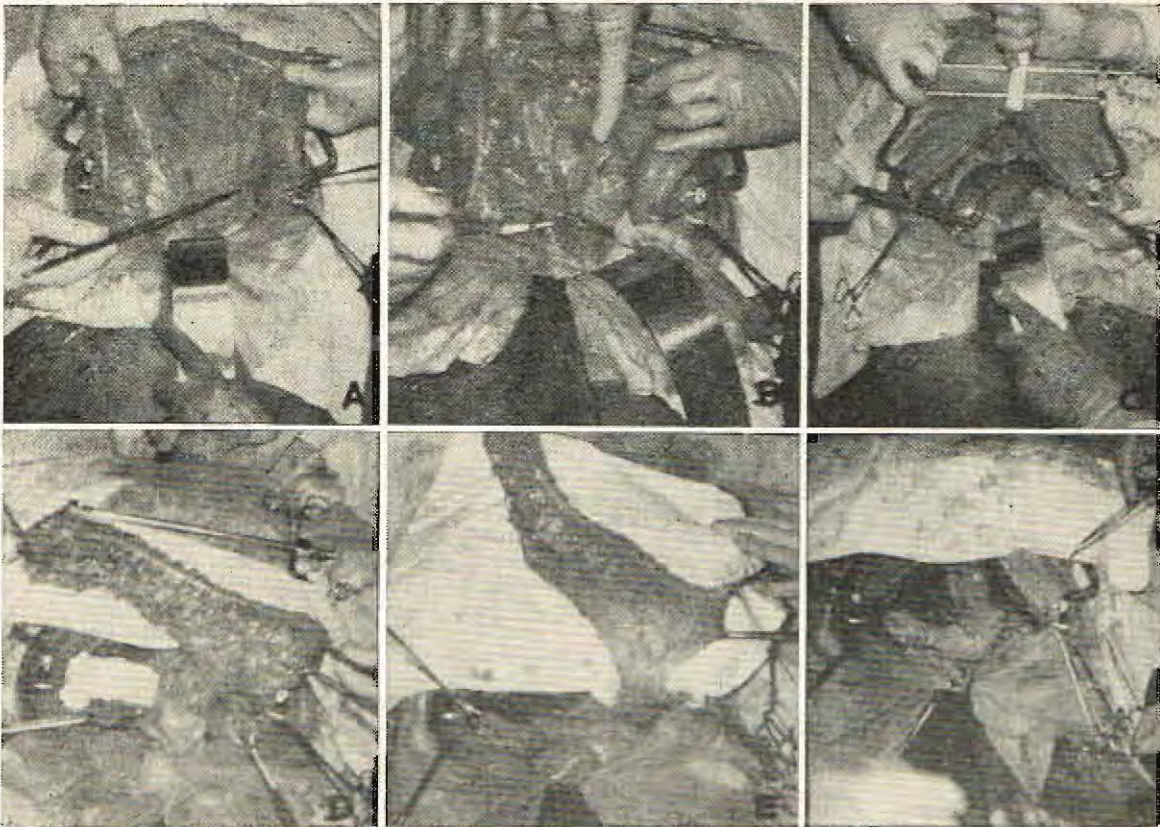


Fig. 2.—Etapas principales de la coloplastia, ordenadas cronológicamente. A: liberación del ansa a transplantar. B: clampeo de la arteria cólica media. C: confección de la parte inferior del túnel. D: seccionada la cólica y marginales, el trasplante aislado. E: coloanastomosis realizada y trasplante pasado por detrás del estómago, a través del epiplón menor. F: anastomosis cologástrica, comienzo de la piloroplastia

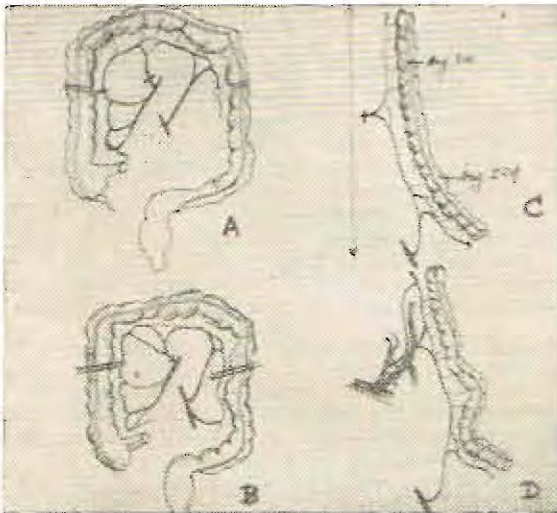


Fig. 3.—Ligaduras arteriales colocadas. A: disposición corriente. B: cuando la arteria del ángulo nace de la cólica. C: longitud del trasplante determinada por el pedículo vascular. D: ligadura de la vena en su terminación, antes de unirse a la gastroepiploica derecha.

queña brecha. Más nos inquieta un túnel estrecho que un pequeño desgarro.

El Cuadro 1, muestra la serie completa de coloplastias con sus detalles más importantes.

Su análisis dice:

—Localización predominante del tumor en el tercio medio o medio inferior (12 casos en 15 o sea el 80 %), semejante a las publicaciones que conocemos.

—Estadio evolutivo avanzado con extensión abdominal en el 66,6 % de los casos (10 en 15).

#### COMENTARIO

Frente al problema del cáncer de esófago, estamos con los que piensan y sienten, que la mejor posición es aquella que no sólo tiene en cuenta la morbilidad operatoria, sino también y preferentemente el número de enfermos realmente aliviados, efectivamente aliviados de la acuciante disfagia o afagia. Absteniéndonos de actuar, condenamos a todos a sobrellevar una vida miserable con la sonda de gastrostomía o con un tubo transtumoral que no admite una alimentación libre, que se obstruye, que no permite la irradiación del tumor, que se desplaza y cuya colocación tiene también sus limitaciones y complicaciones (2).



CUADRO 1  
CASUISTICA PERSONAL

Caso	Año	Edad	Diagnóstico	Plastia	Esofagec- tomía	Evol. sobrevida
1	1967 C. F. (h)	62	Cáncer 1/3 medio, metástasis ganglionar abdominal	28-IV-67	no	Buena. 7 meses
2	1967 A. S. (h)	54	Cáncer 1/3 medio, sin metástasis	21-XII-67	11-I-68	Buena. 19 meses
3	1968 I. T. de F.	69	Cáncer 1/3 medio, sup. metástasis ganglionares y hepática	12-VI-68	no	Fall. a los 10 días. Hemorragia mediastinal.
4	1968 A. S. (h)	72	Cáncer 1/3 medio, sup. metástasis ganglionares	15-XI-68	no	Mala. 48 horas.
5	1969 E. S. de P.	64	Cáncer 1/3 medio, sin metástasis abd., metást. gangl. med.	20-X-69	29-XI-69	Buena. 14 meses.
6	1970 M.M. de P.	63	Cáncer 1/3 medio, sin metást. abd. metást. gangl. mediast.	14-I-70	14-II-70	Buena. 13 meses.
7	1970 I. D. (h)	62	Cáncer 1/3 medio, inf., metást. gangl. abdominales	2-VI-70	no Irrad. postoperatoria	Buena. 14 meses.
8	1971 H.R.A. (h)	68	Cáncer 1/3 medio, metást. gangl. abdominales	29-I-71	no	Buena. 7 meses. Fistula cervical.
9	1971 J. S. (h)	65	Cáncer 1/3 medio, metást. abd. gangl. y hepáticas	8-X-71	no	Mala. Necrosis trasplante. Fallece a los 30 días.
10	1971 S. B. de N.	51	Cáncer 1/3 inf. metást. gangl. Irradiación preoperatoria	8-XI-71	no	Buena. 5 meses.
11	1972 M. A. (h)	59	Cáncer 1/3 medio, metást. gangl. abdominales	1-XI-72	no	Mala. 12 días. Fall. p/peritonitis (falla sutura colocolica).
12	1972 A. G. (h)	58	Cáncer 1/3 medio, parálisis recurrente. Metást. gangl. abd.	22-XI-72	no	Buena. 5 meses.
13	1973 D.F.C. (h)	62	Cáncer 1/3 inf. sin metást. abdominales	27-IV-73	21-V-73	Fallece (empicema postoperatorio)
14	1974 A. da S. (h)	56	Cáncer 1/3 medio, metást. gangl. abdominales	27-III-74	no	Mala. Neumomediastino - neumotórax. Fallece al 59 día.
15	1974 S. B. (h)	57	Cáncer 1/3 medio, metást. gangl. abd.	8-VIII-74	no	Buena. 4 meses. Fistula cervical.



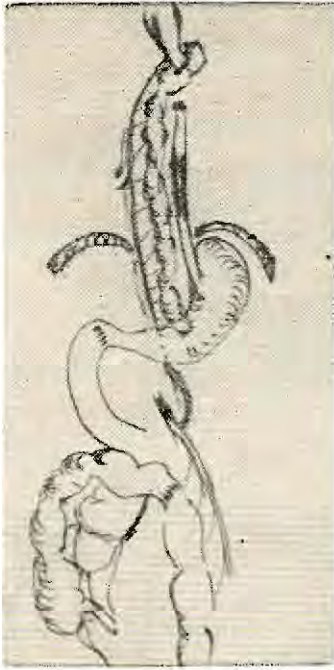


FIG. 4.—Esquema de la operación, una vez finalizada.



FIG. 5.—A: cáncer de esófago bajo reseca. B: sustitución por yeyuno del segmento gastroesofágico extirpado, a los 2 meses de operado. C: lo mismo de la foto anterior a los 7 1/2 años de operado.

En los últimos 14 años se diagnosticaron en la ciudad de Artigas, más de 60 casos de cáncer de esófago, en su mayoría del tercio medio. Muchos no recibieron tratamiento; algunos fueron irradiados en distintas clínicas; otros fueron operados en otros lugares mediante resección y anastomosis esofagogástrica intrapleural; a uno se le puso un tubo, que se obstruyó y fue reoperado a los 2 meses. De los que volvieron a Artigas ninguno pudo alimentarse como lo hacen los que tienen la derivación esofagogástrica retroesternal y ninguno alcanzó el promedio de vida de los 9 sobrevivientes nuestros, *sin irradiación posterior*, por lo ya dicho. Otro, irradiado con gastrostomía previa, no pudo prescindir de la sonda, jamás.

De ahí que estemos convencidos todavía, que la táctica adoptada por nosotros a partir de 1967, contempla los intereses y necesidades de los enfermos en nuestro medio. Es evidente también, que el procedimiento que defendemos gana adeptos día a día en el mundo entero, respaldado por cirujanos de renombre como Sherman, Hong, Scanlon, Barlow, Tanner, Maillat, Saubier, Jaubert de Beaujou, Petrov (citados por Cysne (8), Vishlievski (33), Etala (9, 10) y otros (2).

El plan adoptado es operarlos en dos etapas (10, 14). La operación completa, exéresis y reconstrucción del tránsito a expensas del colon\* con anastomosis en el cuello insume muchas horas con posible terminación fatal y estas muertes pueden evitarse y se evitan planeándola y realizándola en dos tiempos, separados por tres semanas.

El tumor de localización muy baja, yuxtadiaphragmático puede, en cambio, ser atacado y resuelto satisfactoriamente en un solo tiempo por toracofrenolaparotomía izquierda, abordaje que permite una buena exploración, resección y reconstrucción inmediata por anastomosis esofagogástrica directa, la más fácil y rápida, o mejor interpolando un ansa aislada de yeyuno (o colon) que nos aleja de la recidiva local (infiltración tumoral submucosa) y nos pone a cubierto de la esofagitis por reflujo con la estenosis consiguiente, si la vida se prolonga (5, 8, 28). La figura 5 ilustra un caso de este tipo.

La coloplastia en primer término elimina el síntoma princeps, la disfagia o afagia y permite conocer la extensión abdominal de la enfermedad y grado de la misma y evitar así, en elevado número de casos, 70 % en nuestra serie, toracotomías y esofagectomías no indicadas (la exploración abdominal en primer término es exigida por numerosos autores). Evita además la gastrostomía y esofagostomía que deben seguir a la esofagectomía (a menos que el plan preestablecido sea completar la operación en un solo tiempo) y evita la pérdida de peso, alrededor de 4-5 kilos (importancia de la saliva) que se produce durante la espera de la plastia (15). La demostra en realizar la exéresis, resulta aquí ventajosa si se aprovecha para irradiar el tumor (8, 10, 12, 15, 22, 25, 29, 33); si la esofagectomía no está indicada se ha restaurado la deglución en forma inmejorable, *sin toracotomía, sin tocar el tumor, sin dejar anastomosis en el tórax*, cuya falla es gravísima en relación con la relativa benignidad de la que ocurre en el cuello (10, 14) y si las condiciones generales lo permiten, ningún radioterapeuta se opondrá al tratamiento complementario y a brindarle todas las posibilidades del método.

La morbimortalidad del procedimiento, factor que limita su utilización más frecuente, deliberadamente como paliativo, debe disminuir con los cuidados de los detalles técnicos señalados y la ejecución mediante dos equipos entrenados actuando simultáneamente con lo que se acorta considerablemente el tiempo

\* El reemplazo por estómago total intrapleural, luego de esofagectomía extensa o sin ella (esofagogastroplastia retroesternal) solo nos dio malos resultados.



operatorio con todas sus beneficiosas consecuencias. Y así viene sucediendo, en efecto, a medida que los cirujanos se familiarizan con su uso.

### CONCLUSIONES

El procedimiento nos parece excelente y factible en la casi totalidad de los casos operables; debe hacerse en primer término y la mayoría de las veces será el único tiempo; como paliativo tiene un valor definido, funcional y estético; promueve un estado de ánimo óptimo, no interfiere con el tratamiento radiante, permite una vida digna con lo que se contemplan los requisitos de una buena paliación.

La morbimortalidad, aún elevada, puede descender a cifras razonables, ya que algunas de sus causas pueden ser controladas.

La organización de servicios destinados al tratamiento de estos enfermos es imperiosa.

### RESUME

Oesophagocoloplastie rétrosternale avec colon transverse isopéristaltique. Etape préalable de l'oesophagectomie radicale ou méthode antidysphagique exclusivement. Expérience portant sur 15 cas.

Quinze patients porteurs de cancers de l'oesophage (presque tous du tiers moyen), sans sélection préalable, furent traités par coloplastie rétrosternale avec colon transverse isopéristaltique. Quatre d'entre eux, qu'on estimait résecables, furent soumis à des oesophagectomies secondaires 4 semaines plus tard. Six malades, en tout, moururent un mois après avoir été opérés, dont 5 par complications directes de l'acte opératoire. Les 9 restants survécurent 4 à 19 mois, sans récurrence de la dysphagie. Il faut souligner la valeur du procédé à titre palliatif, étant donné qu'il améliore sensiblement la qualité de la survie obtenue.

### SUMMARY

Retrosternal esophagus-coloplastia with isoperistaltic transverse colon. Stage prior to radical esophagectomy, or exclusively antidysphagic method. Experience with 15 cases.

Fifteen patients with esophageal cancer (almost all of them of the middle third), without previous selection, were treated by retrosternal coloplastia with isoperistaltic transverse colon. Four of them, who were considered resectable, were submitted to secondary esophagectomy 4 weeks later. Six out of the total died within one month after operation, 5 of them due to direct complications of surgery; the other nine survived from 4 to 19 months without recurrence of the dysphagia. The value of the procedure as a palliative is remarked, for it considerably improves the quality of the survival.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALBO VOLONTE M y RUBIO R. Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. Resultados. *Rev Cir Urug*, 39: 80, 1969.
- ALDROVANDO J. Esófago-coloplastia paliativa no cáncer do esófago torácico. *Rev Bras Cir*, 59: 21, 1970.
- ANDROSOFF PI. Esófago-plastia con intestino grueso. *Rev Cir Urug*, 37: 46, 1967.
- BADANO REPETTO JL. Substitución del esófago por plastia visceral en mediastino anterior. *Bol Soc Cir Urug*, 32: 1, 1961.
- BERMUDEZ O. Esofagitis por reflujo. Bases patológicas de un plan terapéutico racional. *Rev Cir Urug*, 37: 115, 1967.
- CAMARA-LOPES LH y MENEGUCCI W. La esofagectomia subtotal en el tratamiento del cáncer del esófago. *Congreso Argentino de Cirugía*, 359, 2: 421, 1964.
- CARVALHO PINTO VA. Reconstrução cirúrgica do esófago na infancia: esófagocoloplastia. *Rev Assoc Med Bras*, 2: 447, 1965.
- CYSNE E. Reconstituição do trânsito após ressecção esofágica: esófagocoloplastias. *Rev Bras Cir*, 64: 115, 1974.
- ETALA E. Estudio crítico de la substitución del esófago. *Rev Argent Cir*, 4: 332, 1962.
- ETALA E. Esofagocoloplastias. *Congreso Argentino de Cirugía*, 359, 2: 432, 1964.
- GIBSON-COSTA BF. Esplenectomia asociada a interposición de un segmento de alça jejunal exclusiva en sentido isoperistáltico entre o esófago e o estômago operados (ressecção de 1/3 inferior de esófago e cardia) na cura das varizes esofágicas no síndrome de hipertensão portal (apresentação de 20 casos). *Rev Bras Cir*, 59: 89, 1970.
- GIL MARINO JA. Cáncer de esófago. *Congreso Argentino de Cirugía*, 359, 1: 381, 1964.
- GILARDONI F, MOLLER G, CAPANDEGUY E, POLLAK E, FILGUEIRA JL y PEREYRA BORRELLI C. Esofago-plastia con tubo gástrico peristáltico preesternal. A propósito de tres observaciones. *Rev Cir Urug*, 39: 14, 1969.
- GOMEZ GOTUZZO F. Esofagocoloplastia retroesternal en el tratamiento del cáncer del esófago torácico. Valor del procedimiento como paliativo. *Rev Med Urug*, 1: 5, 1974.
- GUIDO FILHO B e MIRRA AP. Cáncer de esófago e cardia; considerações gerais sobre 383 casos. *Rev Bras Cir*, 48: 421, 1964.
- JOHNSON J y KIRBY CK. Cirugía torácica. México. Interamericana, 1954.
- LOYUDICE F, BEVERAGGI M, PIEGARI N y SIVORI J. Vía retroesternal para la anastomosis esofagogástrica. *Congreso Argentino de Cirugía*, 359, 2: 502, 1964.
- MERENDINO KA and THOMAS CI. The jejunal interposition operation for substitution of the esophagogastric sphincter. *Surgery*, 44: 1112, 1953.
- MEROLA L (h). Un nuevo procedimiento de unión esofagoyeyunal después de gastrectomia total. Trabajo experimental. *Bol Soc Cir Urug*, 26: 188, 1957.
- MEROLA L (h). Anastomosis esofagogástricas. *Cir Urug*, 43: 400, 1973.
- NISSEN R and ROSSETTI M. Surgery of the cardia. *Ciba Found Symp*, 11: 195, 1963.
- ORSI FL. Tratamento cirúrgico do câncer do esófago pela técnica de Nakayama. *Rev Bras Cir*, 63: 235, 1973.
- PALMA EC, ZERBONI E y MENDY F. Neoplasma de esófago. Esofagectomia. *Bol Soc Cir Urug*, 22: 1, 1951.
- PRADERI LA y VEGA D. Estenosis benignas del esófago. A propósito de 13 casos. *Rev Cir Urug*, 38: 127, 1968.
- PRADERI LA y PARADA R. Radioterapia y cirugía combinadas en el cáncer de esófago. *Cir Urug*, 42: 153, 1972.
- PRADERI LA y CENDAN JE. Esofagocoloplastias. *Cir Urug*, 43: 376, 1973.
- PRAT D. Cáncer de esófago. *Rev Cir Urug*, 38: 114, 1968.
- RAIA A, ORLANDINI A e GODOY AC. Esofagectomia parcial con interposición de alça jejunal no tratamento e prevenção da esofagite de reflujo. *Rev Paul Med*, 59: 289, 1961.
- SANCHEZ-PONS JC. Cáncer de esófago. Tratamiento por radiaciones. *Congreso Argentino de Cirugía*, 359, 1: 463, 1964.
- SFARCICH DA, MOLINARI P. Intubación a lo Mockler en los cánceres irresecables de esófago. *Congreso Argentino de Cirugía*, 359, 2: 440, 1964.
- SWEET RH. Cirugía torácica. México. La Prensa Médica Mexicana, 1950.
- TERRACOL J y SWEET RH. Enfermedades del esófago. B. Aires. Bernardes, 1961.
- VISHLIEVSKI DE. Comunicación personal.
- ZAVALA DE y VACCARIO A. Consideraciones y resultados sobre 38 anastomosis esofagogástricas cervicales. *Congreso Argentino de Cirugía*, 359, 2: 443, 1964.