

Derivaciones esofagodigestivas en los neoplasmas irresecables de esófago o cardias

Dr. Pablo Matteucci *

Las derivaciones esófago-digestivas constituyen un excelente método paliativo para suprimir la disfagia en los tumores oncológicamente irresecables del esófago bajo o de la región cardial. Se presenta una observación de esófago-gastrostomía por adenocarcinoma irresecable de cardias, con sobrevida de 15 meses y una observación de esofagoyeyunostomía por neoplasma de muñón gástrico invadiendo cardias, con sobrevida de 4 meses. Ambos casos fallecieron sin recidiva de su disfagia, lo que supone un real beneficio, en cuanto a la calidad de la sobrevida obtenida.

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

El cirujano, cuando se ve enfrentado a un neoplasma de esófago o región cardiotuberositaria irresecable, debe recurrir a otros procedimientos para suprimir la disfagia, síntoma penoso en extremo. Entre estos procedimientos paliativos se encuentran las derivaciones esófago-digestivas, las cuales si bien no evitan la segura muerte del enfermo canceroso, determinan que su sobrevida sea más larga y mucho más tolerable.

Este procedimiento se realiza con muy poca frecuencia en nuestro medio, y creemos que debe recibir una amplia difusión. Método propuesto por autores franceses de fines de la década del 40 (1,5), se ha realizado en el Río de la Plata con éxito desde esa fecha por la escuela argentina con Goñi Moreno y Gil Mariño (3) fundamentalmente. Estos autores aplicaron al cáncer de esófago, las derivaciones que Heyrowsky con buen resultado realizaba en enfermos con dólido-megaesófago (2).

Los objetivos de esta cirugía son:

- 1) Suprimir la disfagia totalmente, hecho que se ve en todos los casos.
- 2) Permitir una recuperación ponderal temporaria del enfermo, quien incluso puede reintegrarse a sus tareas, libre de la disfagia.
- 3) Posibilitar la realización de tratamientos radiantes combinados.

Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

Aunque tiene morbimortalidad, la misma es inferior a la de las resecciones consideradas paliativas, y sus resultados funcionales equivalentes.

En cuanto a las indicaciones, creemos que la fundamental surge en el curso de una intervención quirúrgica, cuando se comprueba la presencia de un tumor inextirpable. La indicación de elección es excepcional, y debe limitarse a casos bien estudiados, debido a que otros métodos pueden igualmente suprimir la disfagia, sin constituir una gran intervención con su inevitable carga de morbimortalidad.

Estas operaciones son aplicables a neoplasmas del tercio inferior de esófago o a aquellos de región cardial. Algunos autores, entre ellos Gil Mariño (4), las han realizado exitosamente en neoplasmas de localización supraaórtica.

El más empleado de los procedimientos es la esofagogastrostomía laterolateral. Método simple, exige una liberación del fundus y curvatura mayor, los cuales deben ser movilizados y ascendidos al tórax por una frenotomía independiente del hiatus esofágico. Se hace una anastomosis laterolateral entre el esófago y el estómago ascendido, siendo aconsejable realizarla en dos planos con puntos separados de material irreabsorbible, dejando a través de la anastomosis una sonda gástrica que servirá para la alimentación durante los primeros días.

En aquellos casos en que el tumor invade el fundus gástrico y es imposible practicar la esofagogastrostomía, se puede recurrir al intestino delgado, levantando un asa al tórax y practicando una esofagoyeyunostomía laterolateral. Debe evitarse en estos casos la aparición de un síntoma muy molesto, el reflujo, mediante una anastomosis al pie tipo Braun. Otras veces puede ser necesario, en casos de mesenterio corto, seccionar el delgado y realizar la anastomosis en Y de Roux.

Observación Nº 1.—Enfermo de 54 años, que consultó por disfagia progresiva de tres meses de evolución, con toque del estado general y adelgazamiento de 10 k. Los estudios complementarios mostraron estenosis a nivel del cardias; la biopsia demostró que era un adenocarcinoma.

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

* Docente Adscripto de Cirugía.

Dirección: Rambla República de Chile 4511, Montevideo.

Se operó por toracofrenotomía izquierda en 8º espacio, comprobándose tumor de la parte alta de la pequeña curva, infiltrando cardias y los primeros centímetros del esófago abdominal. Firmemente amarrado a planos posteriores, se consideró oncológicamente irreseccable. Como el fundus y la gran curva eran libres, se movilizaron y ascendieron al tórax, realizándose una esofagogastrotomía en la forma ya descrita. Tuvo buen postoperatorio; alta a los 14 días.

El enfermo recuperó varios kilos de peso, comienza perfectamente cualquier alimento. Pudo volver a sus tareas de pintor de obra durante algunos meses. Al 9º mes, dolores lumbares y decaimiento del estado general, falleciendo al 15º mes de operado sin nunca haber tenido disfagia.

Comentario.—Esta observación es típica, y ya había sido publicada por nosotros (4). Es una elocuente demostración del beneficio de la operación. Por lo general todos los autores presentan casos favorables, aunque nuestra sobrevida, de 15 meses, ha sido de las más largas. Por lo general, salvo complicaciones, los enfermos sobreviven entre 5 meses a un año a la operación paliativa.

Observación Nº 2.—Enferma de 71 años, a quien tres años atrás se le había hecho una gastrectomía de urgencia por neoplasma de antro gástrico sangrante. A los dos años comenzó con una disfagia que fue progresando en forma paulatina. La endoscopia mostró que había infiltración neoplásica en el esófago terminal. Una nueva laparotomía mostró un tumor en muñón gástrico, invadiendo estructuras vecinas y peritoneo regional. Se consideró irreseccable.

Como la enferma estaba en afagia, se planteó intervenirla por vía torácica. Toracotomía en 7º espacio izquierdo. Frenotomía alejada del hiatus por franca invasión neoplásica del mismo, individualizándose el asa eferente y ascendiéndose al tórax, donde se hizo una anastomosis laterolateral esofagoyeyunal, sobre sonda, y anastomosis yeyunoyeyunal al ple.

Buen postoperatorio inmediato, y reinicio de alimentación oral al 5º día. Alta hospitalaria al 17º día.

En los días siguientes al alta, algunos episodios de yeyunitis, que obligaron a una muy cuidada alimentación con papillas, antidiarreicos y antiespasmódicos.

Tolerando completamente la vía oral, fallece a los 4 meses y 9 días, en forma brusca, aparentemente por accidente cerebrovascular.

Comentario.—Esta segunda observación nos muestra un caso excepcional donde la derivación esofagoyeyunal se realizó como operación de elección.

A su indicación se llegó teniendo en cuenta que pese a la afagia, su estado general era aún aceptable, y fundamentalmente al hecho de que

tanto la enferma como sus familiares, totalmente compenetrados con la enfermedad, solicitaban con firmeza poner fin a la disfagia. Las yeyunitis postoperatorias se debieron fundamentalmente a desajustes dietéticos.

RESUME

Dérivations oesophago-digestives dans les néoplasmes non résectables de l'oesophage et du cardias.

Les dérivations oesophago-digestives constituent une excellente méthode palliative pour supprimer la dysphagie dans les tumeurs oncologiquement non résectables de l'oesophage inférieur ou de la région cardiale. Nous présentons une observation d'oesophago-gastrotomie pour adénocarcinome non résectable du cardias, avec survie de 15 mois, et une observation d'oesophago-jéjunostomie pour cancer de moignon gastrique envahissant le cardias, avec survie de 4 mois. Dans les deux cas il n'y eut pas de récidence de la dysphagie jusqu'au décès, ce qui représente un avantage indubitable quant à la qualité de la survie obtenue.

SUMMARY

Esophago-digestive by-pass operations in unresectable tumors of the esophagus and cardias.

Esophago-digestive by-pass operations are an excellent palliative method to suppress dysphagia in oncologically unresectable tumors of the lower esophagus or cardiac area. The authors report one case of esophagogastrotomy due to an unresectable adenocarcinoma of the cardias, with a 15-month survival, and a case of esophago-jéjunostomy due to a carcinoma of a gastric stump invading cardias, with a 4-month survival. Both cases died without recurrence of their dysphagia, which suggests a positive result as to the quality of the survival obtained.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. D'ALLAINES F, DUBOST C et GALLEY J. Oesophago-gastrotomies palliatives sans résection dans les cancers de l'oesophage et du cardias. *J Chir (Paris)*, 65: 289, 1949.
2. GIL-MARIÑO JA. Cáncer de esófago. Aporte de la cirugía en su tratamiento. *Congreso Argentino de Cirugía*, 35º, 1: 381, 1964.
3. GONI-MORENO I y GIL-MARIÑO JA. Las esofagogastrotomías y esofagoyeyunostomías paliativas de derivación en el cáncer no resecable del esófago torácico. *Bol Trab Soc Argent Cir*, 14: 650, 1953.
4. MATTEUCCI P. Cirugía paliativa de la disfagia. La esofagogastrotomía. *Dia Méd Urug*, 40: 284, 1973.
5. QUENU J et PERROTIN J. À propos de l'anastomose palliative sus-aortique pour cancer inextirpable du tiers moyen de l'oesophage thoracique. *Mém Acad Chir (Paris)*, 77: 793, 1951.