

Cáncer de esófago

Experiencia de 7 años sobre 47 casos

Dres. Federico Schneeberger, Luis Bergalli,
Juan Carlos Castiglioni, Edgardo Torterolo y Bruno Rinaldi

Los 47 casos vistos en el Hospital Central de las FF.AA. en 7 años de cánceres de esófago, a los cuales se les completó un seguimiento total, permiten a los autores hacer una revisión completa de las conductas terapéuticas usadas. Sólo un 7% del total de los pacientes sobrevivió más de 3 años. El número de recidivas neoplásicas (42,8%) lleva a los autores a plantear una conducta más agresiva, enfocándose la esofagectomía total y ensanchada.

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

INTRODUCCION

La presentación en esta Sociedad de 47 casos de cáncer de esófago parece a priori no tener importancia cuando es enfrentada a grandes estadísticas extranjeras. Sin embargo con este estudio pretendemos aportar algunos hechos que para nuestro medio consideramos de significación. Son 47 casos a los cuales les hemos podido obtener un seguimiento completo y en cuyo tratamiento uno de los ponentes (L.B.) ha actuado en el 90% de los actos quirúrgicos lo cual ha permitido seguir un criterio de tratamiento bastante uniforme.

Deseamos destacar además las causas de muerte de los pacientes, sobre todo de los resecaados. Sobre ellas nos hemos de extender sacando conclusiones válidas hacia una conducta terapéutica futura que mejore las sobrevidas tanto en cantidad como en calidad.

MATERIAL CLINICO

En el lapso de 7 años (1972-78) fueron asistidos en el Dpto. de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA. 47 pacientes con cáncer de esófago a un promedio de 7 por año. Este número representa el 90% de todos los cánceres de esófago atendidos.

Se han eliminado aquellos casos en que, por diversas circunstancias no se pudo obtener el

Dpto. de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA.

seguimiento total. Los casos que se han sustraído a esta serie no alteran los parámetros fundamentales sobre los cuales deseamos insistir.

La serie presenta franco predominio masculino (36 casos frente a 11) pese a lo cual llama la atención el elevado porcentaje de casos femeninos.

Las edades se extienden entre los 45 y 82 años, predominando entre los 60 y 70 años.

La disfagia ha sido el síntoma revelador en todos a excepción de un caso que debutó con hematemesis. Casi siempre superó los 2 meses (71%). La disfonía sólo estuvo presente en tres casos.

Los antecedentes fueron variables estando relacionados al grupo etario. Casi todos fueron fumadores y en elevado porcentaje etilistas moderados. En dos pacientes había antecedentes de amputaciones de recto por carcinoma previo. Otros dos tenían gastrectomías por afecciones benignas.

Sólo 9 pacientes tenían buen estado general clínico. En un 37% de los casos había anemia clínica e hipoproteinemia.

Endoscopia. — La endoscopia permitió ver la lesión en todos los casos:

- 22 del tercio inferior.
- 19 del tercio medio.
- 6 del superior.

Hubo accidentes serios relacionados al procedimiento. En uno fue una perforación esofágica que obligó a una resección en agudo del tumor. En otro, fue de carácter anestésico, que impidió tratamientos posteriores.

La anatomía patológica informó de 39 carcinomas epidermoides y 5 adenocarcinomas. No fueron tomados en la serie los cánceres gástricos que secundariamente avanzaron sobre el esófago.

En 3 casos no se llegó a un diagnóstico preciso, por extravío del material, por diagnóstico dificultoso y otro por impreciso.

En 3 pacientes se comprobaron fístulas esofagorespiratorias.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 26 de setiembre de 1979.

Capitanes Médicos y Tte. Coronel Médico Jefe del Dpto. de Cirugía.

Dirección: Jaime Zudáñez 2720, Montevideo (Dr. F. Schneeberger).

Tratamiento efectuado. — De los 47 casos tratados fueron operados 43 (91 %). Cuatro pacientes no recibieron tratamiento quirúrgico: 3 de ellos recibieron radioterapia pre ia sin alcanzar el acto quirúrgico. En el otro, como ya dijimos, el accidente sufrido en la endoscopia impidió todo tratamiento ulterior.

Operaciones efectuadas. —

- 20 resecciones esofágicas.
- 14 intubaciones transtumorales.
- 9 operaciones que no paliaron la disfagia.

Resecciones esofágicas. — El 47 % de los pacientes operados fue resecado. De los casos correspondientes al tercio superior, 4 fueron operados con resecciones.

De 19 cánceres de tercio medio, 1 no fue operado 7 resecados.

De 22 cánceres de tercio inferior, uno no fue operado y 11 resecados.

Técnicas. —

— 2 esofagogastrectomías proximales con resección y restauración del tránsito por toracotomía izquierda;

— 14 esofagogastrectomías polares superiores por vía abdominal y derecha combinadas;

— En 3 casos se efectuó la técnica de Nakayama - Sato con anastomosis al cuello;

— 1 caso fue operado por la técnica de Wookey.

—Evolución.

— 6 pacientes fallecieron en el primer mes (30 %);

— 8 pacientes fallecieron luego del primer mes;

— 6 pacientes sobrevivieron más de un año.

Muertes postoperatorias inmediatas. —

1. Muerte intraoperatoria por fibrilación, por anoxia intraoperatoria y paro cardíaco anestésico. Hombre de 58 años al que se le efectuó una operación de Lewis.

2. Muerte a las 48 horas, por hemorragia incontrolable luego de resección tipo Lewis, y dos operaciones posteriores. Mujer de 71 años.

3. Muerte al 9º día. Hombre de 56 años; neoplasma de tercio inferior. Operado por esofagogastrectomía por toracotomía izquierda. Al 7º día dehiscencia total de la sutura. Se comprobó en la necropsia necrosis de la curvatura menor gástrica.

4. Muerte al 12º día. Hombre de 73 años; neoplasma de ⅓ superior resecado y reconstruido por técnica de Nakayama - Sato. Al 8º día se le descubre flemón del cuello por falla de sutura necrosis del techo gástrico. Fallece en shock séptico.

5. Muerte al 26º día. Paciente de 58 años, operado 3 años antes de neoplasma de recto y actualmente de neoplasma de tercio medio de esófago por técnica de Nakayama - Sato.

Necrosis parcial del tubo gástrico. Muerte por sepsis.

6. Muerte al 27º día. Operado de neo del tercio medio. Hombre de 56 años al que se le retiró la sonda nasogástrica al 11º día y al recolocársela se le efectúa una perforación de esófago. Mediastinitis purulenta y sepsis. Tratado conservadoramente.

En el primer mes hubo tres muertes por falla de sutura (entre 18 posibles sobrevivientes: 16,6 %). Se destacan la frecuencia de fallas con las resecciones tipo Nakayama - Sato que en nuestras manos tuvieron el 100 % de fistulas.

Muertes tardías.

1) A los 63 días: Mujer con neoplasma extendido a la que se le efectúa resección tipo Lewis. A los 50 días, estenosis de tipo neoplásico. Se efectúa esofagectomía total y reconstrucción con colon. Fallece en el postoperatorio por hemotórax bilateral.

2) A los 5 meses y 11 días: Hombre de 59 años. Nakayama - Sato fistulizado. Cierre secundario quirúrgico de la fistula; fallece de caquexia y con dolores torácicos.

3) A los 5 meses y 17 días. Hombre de 63 años que sufre perforación durante la endoscopia. Resección en agudo tipo Lewis. Fallece en caquexia, sin disfagia, con dolores torácicos.

4) Muerte a los 6 meses. Hombre de 69 años que fallece sin causa determinada y sin signos de evolución de la enfermedad. Técnica de Lewis.

5) A los 8 meses. Cáncer de tercio superior. Técnica de Wookey. Resección y posterior reconstrucción del tránsito. Recidiva en cuello.

6) A los 15 meses. Lewis fallecido en caquexia, disfagia y recidiva en mediastino con infiltración de bronquio fuente.

7) A los 19 meses. Con signos de recidiva local y metástasis cerebral. Técnica de Lewis.

8) A los 35 meses. Operado por toracotomía izquierda. Adenocarcinoma. Fallece por descompensación de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Sin signos de recidiva neoplásica.

De las 8 muertes tardías, 6 presentaron en su final signos inequívocos de infiltración loco-regional de la enfermedad neoplásica.

Sobrevidas a diciembre de 1978. — Dos resecciones de corta evolución, operados por técnica de Harrison - Gignoux que ya han sobrepasado el año.

Todos los demás han sido resecados por técnica de Lewis y llevan de sobrevida:

- 5 años y 8 meses (fallecida a los 6 años y 2 meses por accidente vascular encefálico);
- 3 años y un mes;
- 3 años;
- 18 meses.

De estos casos sólo 2 no tenían ganglios positivos. El de mayor sobrevida los tenía positivos. Ninguno fue tratado con radioterapia. 2 lo fueron con bleomicina.

Resultados. — De 20 resecciones, sólo 3 sobrepasaron los 3 años (15 %) y uno sólo ha sobrepasado los 5 años (5 %).

De 43 casos operados sólo el 7 % está sobrepasando en el momento actual (diciembre de 1978) los 3 años de la operación.

De los reseçados, 9 casos fallecieron por causas de resorte técnico: 3 como consecuencia de fallas de sutura y 6 por recidivas neoplásicas locoregionales (16,6 + 42,8 = 59,4 %).

Operados no reseçados. — Sólo nos interesa destacar los casos de intubación transtumoral.

El tubo transtumoral fue usado en 14 pacientes: 1 caso para tercio superior; 6 para el tercio medio y 7 para el inferior.

2 fallecieron en el postoperatorio inmediato. 4 en el primer mes. El resto tuvo un promedio de sobrevida de 65 días, con un máximo de 111 días. A los tres pacientes con fístulas esófago - respiratorias se les logró intubar con buena sobrevida hasta su muerte.

Radioterapia. — Carecemos de una buena experiencia al respecto debido a las dificultades para completar un tratamiento radiante rápido y completo, por lo cual no deseamos abrir opinión al respecto.

COMENTARIO

Lo hecho con los pacientes que presentaron cáncer de esófago nos ha obligado a hacer una revisión estricta de lo sucedido hasta diciembre de 1978.

De la misma surgieron hechos que confirmaron una impresión ya vivida y que en cifras se traducen crudamente en lo siguiente:

- Sobrevidas a 5 años: 5 %.
- Sobrevidas a 3 años: 15 %.
- Muertes intraoperatorias: 10 % de las resecciones.

Muertes en el primer mes: 10 % de las resecciones.

Fístulas: 16,6 % de mortalidad.

Recidivas neoplásicas: 42,8 % de las resecciones.

Los resultados deben ser mejorados obteniendo un diagnóstico más precoz, un estado clínico e inmunitario superior y resecciones más amplias para los casos potencialmente curables.

Los tumores que hemos tratado han sido evolucionados pese a los cortos periodos de disfagia. Por un lado, sólo un 18 % del total de los pacientes presentaron un estado general satisfactorio. No fueron precisados algunos elementos paraclínicos que ahora sistemáticamente utilizamos, como el test de la transferrina o el balance nitrogenado estricto. De haber sido ellos tenidos en cuenta ese 18 % habría sido inferior.

Por otro lado, en sólo 3 casos en la pieza de resección no hubo ganglios colonizados. La mayoría de los estudios anatomopatológicos mostró invasión de los ambientes celulo-linfáticos mediastinales.

Creemos con Moore que la sutura y su cicatrización son elementos parásitos para el metabolismo general del individuo. Pacientes con malas condiciones generales no tuvieron fallas de sutura. También sucedió lo opuesto. Consideramos que las malas condiciones locales jugaron un factor preponderante en la falla de suturas. Tuvimos un porcentaje general de fallas del 22,2 % con un 16 % de fístulas mortales. Todas fueron hechas con material irreabsorbible, con aguja enhebrada y atraumática. No hubo correlación significativa en cuanto al tipo de sutura y la falla correspondiente contrariamente a lo que aseguran Lortat Jacob y Maillard (4).

La evolución de 6 pacientes mostró claramente la aparición de recidiva de la enfermedad luego de la resección, con implantación carcinomatosa de la zona de sutura y del mediastino (42,8 %).

Si bien consideramos la cirugía del esófago como paliativa, siempre debemos contemplar algunas posibles curaciones. Dicha posibilidad nos obliga actualmente a evitar recidivas en la zona de sutura. Como la mayoría de los autores creemos en la necesidad de la esofagectomía total (1, 3, 7).

Necesariamente la anastomosis debe ser llevada al cuello. Para ello realizamos la combinación de las técnicas de Harrison y Gignoux (1, 2).

Se debe evitar además, la recidiva locoregional mediastinal. Creemos en la posibilidad de la esofagectomía ensanchada. Con ella, como han propuesto Logan (3), Skinner (6) y en nuestro medio, el Prof. Mérola (5), se extirpa el mediastino posterior respetando, por supuesto, la aorta.

Si bien ella mejorará las posibles recidivas regionales, no podemos dejar de reconocer que no influirá sobre las chances generales de sobrevida. El ganglio no es un filtro de la evolución de la neoplasia. Es la traducción de la pérdida de la batalla del huésped frente al tumor. Una de las células circulantes ha colonizado.

Pero la terapéutica quirúrgica debe ser considerada, además, para resecar la mayor cantidad posible de la neoplasia generadora de células cancerosas circulantes y de disminución de los factores inmunitarios generales.

Hemos tenido resultados regulares a malos con la intubación transtumoral.

Las sobrevidas no han sido ni prolongadas a excepción de las fístulas esofago-respiratorias. Seguimos considerando que la mejor paliación es la resección. Aún dejando tumor, siempre resecar. Por otro lado, en los de mayor riesgo general la más rápida resección obvia muchos de los inconvenientes de operaciones prolongadas. Frente a ello, hemos realizado actualmente las resecciones sin toracotomía tipo Denk - Kummel popularizadas por Pinotti con resultados satisfactorios.

RESUME

Cancer de l'oesophage.
7 années d'expérience sur 47 cas

Les 47 cas vus à l'Hôpital Central des FF.AA. (Forces Armées) pendant 7 années, de cancers de l'oesophage dont on a suivi l'évolution, permettent aux auteurs de faire une révision complète des conduites thérapeutiques employées. Seulement le 7 % du total des malades a survécu plus de 3 ans. Le nombre de récurrences du néoplasme (42,8 %) entraîne les auteurs à établir une conduite plus agressive, envisageant l'oesophagectomie totale et élargie.

SUMMARY

Esophageal Cancer.
A 7-year's Experience with 47 Cases

Complete review of therapy and conduct followed in the 47 cases of Esophageal Cancer treated in the Central Hospital of the Armed Forces in a 7-year period with total follow-up. Only 7% of all patients survived longer than 3 years. The number of neoplastic recurrences (42,8%) seems to the authors to indicate that a more aggressive conduct is required, even to total extended esophagectomy.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GIGNOUX P, SEGOL JM, OLLIVIER JM, BRIGAND H. L'oesophago gastroplastic cervical dans le traitement des cancers de l'oesophage thoracique. *Lyon Chir*, 74: 262, 1978.
2. HARRISON AW, PICKETT WH. One stage multiple approach operation for cancer of upper and midthoracic esophagus. *Surgery*, 28: 771, 1950.
3. LOGAN A. The surgical treatment of carcinoma of the esophagus and cardia. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 46: 150, 1963.
4. MAILLARD JN, LAUNOIS B, DE LAGAUSIE Ph and LORTAT JACOB JL. Cause of leakage at the site of anastomosis after esophago-gastric resection for carcinoma. *Surg Gynecol Obstet*, 129: 1014, 1969.
5. MEROLA L(h). Gastrectomia proximal ensanchada. *Bol Soc Cir Uruguay*, 31: 32, 1960.
6. SKINNER DB. Esophageal malignancies. Experience with 110 cases. *Surg Clin North Am*, 56: 137, 1976.
7. SKINNER DB. Carcinoma of the esophagus. En: "Gastrointestinal Surgery". Edits. Najarian JS y De Laney G. Chicago. Year Book Med Publish, 1979, p. 45-52.

DISCUSION

DR. VALLS.—Este trabajo es muy importante y está de acuerdo además con el pesimismo universal del tratamiento del mismo. Los pocos casos que hemos operado están encuadrados en los conceptos que expusieron los autores. La sobrevida de cáncer de esófago es muy escasa a los 5 años. Si uno va a explorar lo que ha ocurrido en otros campos de la oncología, frente a esos resultados tan malos, querer hacer cirugías ampliadas ha llevado a no mejorar los resultados a lo largo de la experiencia.

Nosotros hemos asistido, por ejemplo, a la presentación en el Congreso de Oncología del tratamiento del cáncer de páncreas, efectuada por el Dr. Mainetti, que señaló que la duodenopancreatectomía es una operación

chica, tiene hermanas más grandes: el Forner 1 y el Forner 2, que hace con gran entusiasmo el Dr. Mainetti. Pero resulta que después de haber expresado todo ese entusiasmo encontró que sus resultados a los 6 meses son muy malos. De modo que queda en el entusiasmo. Y lo mismo pasó en el cáncer de mama que se amplió, se extendió y al final se volvió a operaciones más reducidas. Quizás lo que pasa es que haya que combinar la cirugía a otros tratamientos, la quimioterapia como ya hablaron de la bleomicina y a la radioterapia. Todavía estamos por avizorar nosotros el tratamiento verdadero del cáncer y el del cáncer de esófago por lo tanto.

DR. BERMUDEZ.—Yo tengo interés en destacar que contrariamente a lo que dicen los autores del trabajo, que es una estadística muy pequeña en relación a las estadísticas mundiales, creo que es muy importante por la forma que ha sido confeccionada, porque se han tenido en cuenta todos los factores y además han podido seguir los enfermos, cosa que es muy difícil de obtener. Eso ha confirmado la gravedad de esta enfermedad lo que hace que todos los cirujanos se sientan un poco descorazonados; la emprenden con mucho entusiasmo porque uno se entusiasma frente a las cosas difíciles en cirugía, se quieren superar los resultados y se termina como han dejado entrever los autores, un poco descorazonados con los resultados. Yo recuerdo que durante 10 años concurría todos los años 10 días a ver la cirugía de esófago que hacía el Dr. Ressano; claro que era otra época, pero veo que en realidad se ha adelantado bastante poco, sobre todo en nuestro medio. En lo que respecta al diagnóstico, los autores muestran que siempre han operado casos tardíamente encontrados, y no por culpa del médico, a veces por culpa del medio y la mayor parte de las veces por culpa del enfermo. El Dr. Ressano en su estadística había estadificado los médicos que él había operado de neoplasma de esófago y encontró que el que consultó más temprano por su disfagia, que ya es un síntoma tardío, lo había hecho a los 3 meses de iniciada la disfagia.

A nosotros nos llamó la atención en la Primera Convención de Cirugía Digestiva que se hizo en la Argentina hace 5 años, que estuvo presente Nacayama, la estadística que él presentó, pero fundamentalmente nos llamó la atención las películas que él presentó con operaciones y endoscopías, que el tumor más grande tenía 1 cm. Tumores de milímetros. Y le preguntamos en Japón por qué consultan, cómo hacen para hacer el diagnóstico tan precoz. En Japón es tan frecuente el cáncer de esófago y es tanto el temor que los enfermos le tienen al cáncer de esófago que los enfermos consultan por cualquier pequeña molestia; por cualquier pequeña molestia puede ser un cáncer de esófago. De los casos que nosotros hemos visto, el único que consultó por un tumor pequeño, que consultó al principio de su disfagia, que estaba situado en el tercio inferior, de los que yo operé, el único vivió 4 años.

De modo que yo felicité a los autores porque es una cirugía que termina desalentando. El Dr. Ressano antes de morirse me dijo: "Yo estoy completamente descorazonado de la cirugía de esófago que he hecho durante tantos años". Pero evidentemente creo como los autores, que la mejor corrección de la disfagia para proporcionar un poco de bienestar al enfermo o para ayudarlo a morir, es la resección. Lo que yo he visto personalmente con los tubos, con las intubaciones trans-

tumorales, la sobrevida es corta, como lo han mostrado los autores, pero es una sobrevida que se hace sufriendo, yo los he visto a todos sufrir porque son cánceres muy avanzados. El tubo provoca un sufrimiento. De modo que si yo estuviera en la situación de resolver entre una intubación transtumoral o una resección paliativa, me inclinaría por esto último.

Lo felicito por el trabajo que se ha tomado porque realmente es un trabajo muy importante, estadificar 47 casos y seguirlos desde los primeros síntomas hasta que mueren.

DR. PERDOMO.— Quiero expresar mis felicitaciones a los autores y decir alguna palabra con respecto a este tema al que le hemos dedicado tiempo y devoción en la Clínica del Prof. Luis Praderi en que trabajamos.

En realidad la experiencia que hemos recogido es para todos similar y creo que ésta debe ser la primer estadística en la cual se muestra un seguimiento total de los enfermos, y ésta sería la primer pregunta que haría al autor; no estoy seguro de ello, me gustaría que me lo confirmaran.

Eso es realmente algo que le da mucho valor al trabajo ya que nosotros necesitamos datos concretos. La opinión es libre pero los hechos son sagrados y evidentemente aquí los hechos hablan por sí mismos. Siempre hemos tenido la impresión de que la situación es ésta que ellos han mostrado; de tanto en tanto aparece algún enfermo que supera la barrera de los 5 años como los que ellos tienen, pero realmente son casos excepcionales.

También quisiéramos preguntarles, sabiendo que han usado distintas técnicas, si han tenido la experiencia de rechazo o de aceptación más por una que por otra. En materia de técnicas de anastomosis y en materia de utilizar por ejemplo la técnica de Sato. Nosotros vimos al Prof. Sato operar aquí en el Hospital de Clínicas y seguimos a ese paciente que murió después de haberse fistulizado, y realmente no volvimos más a utilizar esa técnica. Como ustedes la han utilizado algunas veces más, aunque no parece que la hayan prodigado mucho, pensamos que alguna cosa nos puedan decir acerca de la experiencia que tuvieron sobre eso.

Además sería interesante que nos dijeran también qué ha pasado con la técnica de intubación. En realidad más que los números fríos en ese caso quisiéramos que nos transmitieran alguna vivencia en relación a los pacientes intubados. Realmente quisiéramos saber si debemos o no continuar con la intubación. En verdad que es un punto que nos hemos preguntado varias veces: si estamos o no bien intubando al paciente. Lo que siempre combatimos es la disfagia porque creemos que es un síntoma verdaderamente penoso para el paciente, pero no sabemos realmente si les estamos dando o no mejor confort con la intubación.

Los casos que ellos tienen son suficientes para darnos una opinión, de modo que yo le haría esas preguntas al Dr. Bergalli y le pediría que me las contestara si es posible.

DR. RUBIO.— Yo estoy totalmente de acuerdo con lo que dijo el Dr. Bermúdez, que éste es un trabajo serio y que muestra una estadística de importancia en nuestro medio. Tiene también como hecho positivo que los pacientes han sido resueltos por el mismo grupo y de ahí se pueden sacar conclusiones, que lamentablemente son las mismas que en este país tenemos todos los cirujanos que hacemos esta cirugía. Ellos se ven con el

mismo tipo de enfermos que vemos todos, el que veíamos cuando éramos estudiantes. Enfermos con disfagia progresiva y todavía hay quien dice que disfagia progresiva es igual a cáncer de esófago, y disfagia progresiva es igual a cáncer inoperable, si con eso quiere decir, que se ha descartado el tratamiento quirúrgico con fines curativos. Así es que ellos muestran muy bien que los enfermos nos siguen llegando con lesiones tremendamente extensas, lesiones que muy a menudo son de 8 a 10 cms. de altura, es decir que nosotros las abordamos como las abordan ellos, con el criterio de que la cirugía de exéresis, la esofagectomía, sigue siendo el mejor procedimiento paliativo frente a un enfermo con ese tipo de lesiones. Se podrá discutir, algún grupo tendrá más o menos mortalidad operatoria (es decir dentro del mes de efectuada la operación), pero lo que nos llama a la realidad es el resultado alejado. El enfermo que sale del postoperatorio y que lamentablemente en un año a año y medio la mayor parte de éstos los hemos perdido, y alguno que llega al cuarto o quinto año va en cuenta más que nada del tipo histopatológico de la lesión que de lo que hemos hecho por ellos. Entonces viene la sensación de descorazonamiento, de bajar los brazos, de buscar otras soluciones, y también nosotros estamos en este mismo camino con una pequeña diferencia. Nosotros con el Dr. Torterolo que integra el grupo de ellos y también el nuestro, estamos con la idea de sacar más a lo largo, más hacia arriba. La impresión que tenemos es que los neoplasmas de la mitad superior del tercio medio, o los del tercio superior, se debe efectuar esofagectomía casi total, es decir, ir a hacer la anastomosis en el cuello, y en eso estamos porque hemos tenido varios casos de enfermos resecaos en que después el estudio histológico demostraba que habíamos pasado por la zona infiltrada pese a que macroscópicamente nos parecía que no era así. Pero no los sigo y creo que no van a tener suerte, en querer hacer amplias disecciones mediastinales, porque eso ya se demostró hace muchos años, cuando se enfrentaban no al cáncer de esófago sino al cáncer de pulmón, cirujanos como el Profesor Allison u otros, no sólo en Inglaterra sino también en Estados Unidos, que quisieron para mejorar los resultados alejados del cáncer de pulmón, hacer vaciamientos mediastínicos importantes y eso no anduvo, no se obtuvo mayor mejoría de los resultados alejados y sí se obtuvo una muy elevada mortalidad operatoria.

Nos parece un trabajo serio, honesto, de un grupo de gente joven que está trabajando bien.

DR. BERGALLI.— Yo deseo agradecer a todos los que se han ocupado del tema. Y empezando por orden, le contestaría al Dr. Valls que ante el neoplasma de esófago, nosotros planteamos una gran exéresis, y con eso contesto también algo al Dr. Rubio. Si sometemos a un paciente a tan importante operación creemos que no nos cuesta nada, desde el punto de vista técnico nos hemos dado cuenta, o por lo menos nos cuesta bastante poco, ensanchar la resección mediastinal cuando sacamos el esófago. Es decir, no es lo mismo hacer una gran resección ampliada como se refería el Dr. Valls para el cáncer de páncreas, que para el neoplasma de esófago, sobre todo cuando se hace una esofagectomía total como hacemos nosotros ahora, la disección de los ligamentos triangulares del pulmón, la zona intercarinaria y la zona laterotraqueal pueden hacerse rápidamente o por lo menos con mucho mejor campo que el que supone un vaciamiento referido a la zona abdominal.

Con respecto a lo que nos dijo el Dr. Bermúdez, nosotros no estamos desalentados, creemos que tenemos que seguir insistiendo. Agradecemos sus palabras pero nos hemos hecho una reflexión con el mismo concepto: si hacemos tal magnitud de operación, ¿para qué la hacemos? Para que a los 6 meses aparezcan ya con recidivas mediastinales, con dolor mediastinal y además de la gran operación a que los sometimos aparezca el dolor en el paciente, o aparezca con disfagia, sea peor o sea un retroceso a lo que tenía 6 meses antes cuando lo sometimos a la intervención. Sin estar desalentados nosotros insistimos y contesto al Dr. Rubio en extender nuestra resección. Por supuesto, al esófago total llevando la sutura siempre al cuello en el momento actual y haciendo resecciones amplias en lo más posible hacia el mediastino. En nuestras manos ha tenido una importante morbimortalidad operatoria; en otras manos con mayor experiencia y mayor equipamiento no es tanto. La estadística de Logan, Esquinel y de Revou en Marsella también nos demuestran que las amplias resecciones mediastinales tienen muy buenos resultados y aparentemente muy buena sobrevida a distancia para el cáncer del esófago. Nosotros creemos que los ganglios no son filtros de la evolución del neoplasma, es decir, que sacando más ganglios no vamos a detener la evolución del neoplasma; creemos si que podemos posibilitar que no tenga recidivas mediastinales.

Con respecto a lo que nos dijo el Dr. Perdomo, hicimos un intento, mejor dicho lo hizo el Dr. Juan Chifflet en el Hospital de Clínicas, de hacer una estadística similar a la que nosotros hicimos; desde el año 66 al 76 reunió todos los cánceres de esófago que habían

pasado por todas las Clínicas Quirúrgicas del Hospital de Clínicas; se obtuvo así una serie de datos muy importante pero que fue imposible de sacar alguna conclusión porque no se llegó a un seguimiento completo del paciente. Así que desde ese punto de vista, nosotros auxiliados por una serie de hechos pudimos completar este estudio con un número mucho menor de años y de pacientes.

En segundo lugar, nos preguntaba si hemos tenido un rechazo por la operación de Sato y es verdad, lo hemos tenido; todas las operaciones de Sato que hemos hecho se han fistulizado y por lo menos en 2 casos claramente tenían una necrosis del techo gástrico, es decir del estómago total transportado por vía preesternal al cuello, y había una necrosis del fundus gástrico que exigía graves problemas, sepsis importante y muerte de algunos pacientes inmediata. Es decir que nosotros la operación de Sato, influenciados por la venida de éste en ese momento, la practicamos varias veces y la abandonamos en el momento actual.

Con respecto a la intubación, los enfermos realmente murieron sin disfagia, muchas veces hasta con el tubo tapado, que hubo necesidad de desobstruirlo, pero todos los que hemos seguido mueren con importante dolor, sin disfagia pero con dolor. Es una cuestión a balancear, si mueren sin disfagia pero con dolor, qué es más importante para el paciente. De momento nosotros seguimos creyendo que las resecciones, aún dejando un poco de tumor, predominan sobre las intubaciones, tanto que nosotros en el momento actual hacemos las resecciones esofágicas sin toracotomía, lo que sería un capítulo más para discutir. Muchas gracias.