

CONTRIBUCION

Valoración y preparación preoperatoria del paciente portador de neoplasma de esófago

Dres. Ricardo Voelker, Oscar Balboa y Ana Lerena

Se analizan las historias de 46 pacientes portadores de neoplasma de esófago asistidos en un plazo de 2 años en la Clínica Quirúrgica "F".

Se destaca que estamos frente a una población de alto riesgo quirúrgico por alteraciones cardiovasculares, respiratorias y nutricionales.

Se analizan hallazgos radiológicos y endoscópicos digestivos así como endoscópicos aéreos.

Se insiste en la correcta valoración y preparación preoperatoria para lograr: a) mejorar el porcentaje de reseccabilidad; b) disminuir la mortalidad postoperatoria inmediata, y c) aumentar la sobrevida en caso de aparecer complicaciones.

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

INTRODUCCION

Es indudable que para elegir un plan terapéutico adecuado frente a cualquier enfermedad debemos conocer a fondo: el estado físico y las resistencias del huésped, el grado de la noxa y la interacción entre ambos.

Lo mismo vale para el neoplasma de esófago donde además del rasgo peculiar a toda enfermedad maligna se dibuja como un neoplasma de enfoque terapéutico muy particular.

Basados en el análisis de 46 neoplasmas de esófago asistidos en la Clínica Quirúrgica "F" en los 2 últimos años, vamos a mostrar algunos aspectos de interés en la valoración y preparación de estos pacientes.

I. Valoración del enfermo

Si bien la edad promedio está en los 54 años, lo que haría pensar "a priori" en pacientes con buen terreno, al analizar los antecedentes personales encontramos:

Tabaquismo	28
Bronquitis crónica	27
Etilismo	20
Cirrosis	3
Diabetes	1

Presentado como Contribución a la Mesa Redonda de Técnica Quirúrgica del 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Asistente, Profesor Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: J. Campana 2898, Apto. 5, Montevideo (Dr. R. Voelker).

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas. Montevideo.

Todo lo que habla elocuentemente de que estamos frente a una población con deterioro funcional.

Luego de la evaluación por internista se calificaron como enfermos de riesgo quirúrgico:

8 por afección C.V. (insuf. card. y coronariopatías).
22 por afección respiratoria (insuf. respirat. crón.).
19 por deterioro estado general.

Se destaca que sólo 12 pacientes no tuvieron riesgo por ninguno de los ítems anteriores.

En la Rx. de tórax (hecha en todos los pacientes) se encontró:

Enfisema	9
Cardiomegalia	3
Metástasis pulmonar	3

También rutinariamente se obtuvo trazado E. C. Gráfico y se registraron:

Hipertrofia ventricular	3
Trastornos de la repolariz.	3
Bloqueo de rama	2
Secuela de I. de M.	2
Extrasistolia ventricular .	2

Todo lo visto refuerza y objetiva los datos ya señalados por otros autores (6) que enfatizan que el portador de neoplasma de esófago es un paciente de elevado riesgo por su terreno C.V., respiratorio y general.

Valoración nutricional

El retardo promedial en la consulta fue de 4 meses y medio desde el inicio de la disfagia. Esto motivó un adelgazamiento (también promedio) de 10 kg. en ese lapso, lo que equivale a decir que estos enfermos consultan cuando ya perdieron un 13 % del peso corporal.

En la evaluación clínica nutricional (aspecto general, fascias, pániculo, estado de masas musculares), sólo 10 pacientes se consideraron con estado general conservado o bueno: 20 tuvieron estado regular y 11 malo (en 5 se desconoce).

O sea que en 31 pacientes de 41 (75 %) tienen estado general regular o malo al momento de la consulta.

Proteinemia

Su cifra promedio fue de 6,46 gr./lt. Algo baja en términos absoluto y más si se piensa que muchas veces se trata de enfermos hemoconcentrados.

Hematocrito

Se encontró anemia (Ht. por debajo de 35 %) en 7 casos, pero hay que considerar además de la hemoconcentración, que es una población donde abundan los respiratorios crónicos y el Ht. habitualmente elevado de estos pacientes puede enmascarar o retardar la aparición de la anemia.

Tests cutáneos de inmunidad celular

Sólo se hicieron en 4 pacientes y fueron negativos, lo que los catalogaría como anérgicos. Esto se considera actualmente de gran importancia en la evaluación nutricional.

II. Evaluación de la enfermedad

Tránsito esofágico

Ante la sospecha de N. de E. se pidió un tránsito digestivo alto. En todos fue indicador de la patología excepto en dos:

- 1 interpretado como compresión extrínseca.
- 1 interpretado como hernia hiatal.

La endoscopia digestiva se practicó sistemáticamente en todos y fue orientadora a neoplasia excepto en 1 caso que coincide con el diagnóstico radiológico de hernia hiatal.

Biopsia

Se practicó en todos los casos y se encontraron:

- 44 carcinomas epidermoides.
- 1 histiocitoma maligno.
- 1 sin malignidad.

Este último caso vale la pena citarlo: se trata de un paciente con historia de reflujo gastroesofágico que consultó por disfagia. El EGD mostró hernia hiatal y la endoscopia no reveló alteración; tampoco las repetidas biopsias. El paciente no volvió a consultar hasta pasado el año en que reingresa por afagia y se diagnostica N. de E. diseminado.

Endoscopia de la Vía Aérea (EVA)

Nos ha resultado de un gran valor.

En 12 pacientes que presentaron tos o disfonía tenemos que, de 9 EVA realizadas:

- 4 fueron normales.
- 5 fueron patológicas.

O se a que en 42 % de pacientes con tos o disfonía se halló causa orgánica en la vía respiratoria.

En la serie se realizaron en total 22 EVA:

- 12 normales.
- 10 patológicas.

De las 10 EVA patológicas 5 se informaron como compresión extrínseca traqueobrónquica; en 4 se visualizó directamente el tumor y en 1 caso se comprobó parálisis recurrencial.

De ellos corresponden 7 a N. de tercio medio y los 3 restantes a N. de tercio superior.

En 9 se rechazó la cirugía de resección y se hizo by-pass digestivo en 2 (ECP preesternal) y en 1 se reseccó por toracotomía derecha pero la exéresis fue muy laboriosa.

Pensamos que la EVA es imperativa en los N. de tercio superior, medio y hasta en algún caso de tercio inferior alto y se debe hacer de rigor ya que puede por sí sola contraindicar la cirugía de resección.

Gammagrama hepático

No lo solicitamos sistemáticamente ya que el hígado se explora bien durante la laparotomía y porque de existir metástasis éstas no contraindican la resección tumoral con criterio paliativo (es decir, cirugía de la disfagia).

Preparación preoperatoria

Síquica. Se le debe explicar al paciente el tipo de intervención, rol e importancia de drenajes, sondas, descubierta así como su duración aproximada. Con esto se busca ganar la confianza del paciente y su colaboración en el postoperatorio inmediato.

Física. En lo cardiovascular es seguido y tratado por el servicio de Cardiología del H. de Clínicas.

En lo respiratorio, es de enorme importancia (1, 4, 5):

- abandono del cigarrillo.
- fluidificar secreciones (hidratación; nebulización).
- vencer el broncoespasmo (si existe).
- drenaje postural.
- fisioterapia respiratoria (15 pac. en la serie).
- antibioticoterapia (21 pacientes).
- corticoides.

Este aspecto de la preparacion lo manejamos conjuntamente con el fisiatra y el médico anesthesiólogo. Este último es quien indica cuando estamos en oportunidad operatoria.

En lo nutricional. Nos ocupamos específicamente del punto en otro trabajo. Baste citar que se indicó alimentación parenteral en 15 enfermos en el periodo preoperatorio (32 %) y en aquellos con vía oral libre se indicó régimen hipercalórico e hiperproteico (3).

RESULTADOS

Para evaluar los resultados obtenidos con estas directivas terapéuticas, comparamos esta serie de 46 pacientes con otra serie semejante, de 36 enfermos, tratados también por N. de E. en la Clínica Quirúrgica "F" entre los años 1974-77.

	1974-77	1977-79
Pacientes	36	46
Resecados	12 (36 %)	21 (46 %)
Mortal. P.O. inmed.	4 (31 %)	5 (22 %)
Falla de sutura	3 (23 %)	6 (26 %)
Sobrevida al F. de S. . .	1 (1:3)	3 (3:6)

O sea que:

1) Se aumentó la tasa de reseabilidad del 36 al 46 %.

2) La mortalidad del postoperatorio inmediato es sensiblemente igual, pero esto ocurre en un porcentaje más elevado de ressecados (que se amplía integrando pacientes de alto riesgo).

3) Los F. de S. se presentan también de manera muy semejante, pero aumentó el grupo de los que sobreviven a esta complicación.

4) Las 2 muertes que ocurrieron no por causa quirúrgica directa, fueron atribuidas a TEP. Desde hace un año aproximadamente incluimos también en el preoperatorio inmediato heparina a bajas dosis (2).

CONCLUSIONES

I. Estamos frente a una población de gran riesgo quirúrgico.

II. Estos pacientes fallecen por falla de sutura o por complicaciones respiratorias, todo lo que nos indica hacia donde debemos dirigir nuestros esfuerzos.

III. Con la preparación preoperatoria señalada hemos aumentado la reseabilidad, dis-

minuido la mortalidad en el postoperatorio inmediato y mejoramos la sobrevida a las complicaciones.

RESUME

Bilan et préparation Préopératoire des malades avec cancer de l'oesophage

On fait l'étude des histoires de 46 malades avec cancer de l'oesophage qui ont été admis dans notre Service pendant 2 années.

Il faut remarquer que nous sommes en présence d'une population de grand risque chirurgicale à cause d'altérations cardiovasculaires, respiratoires et nutritionnelles.

On analyse les résultats des examens radiologiques ainsi que endoscopiques digestifs et aériens.

On insiste sur le fait d'une correcte valoration et préparation préopératoire dans le but de: a) augmenter le pourcentage de résection, b) diminuer la mortalité postopératoire immédiate et c) augmenter la survie dans les cas où des complications se présentent.

SUMMARY

Preoperative Valoration and Management of the Patient with Esophageal Cancer

46 cases of esophageal cancer admitted to our Service in two years are reviewed.

We face a poor risk population because cardiovascular, respiratory and nutritional alterations.

Radiologic and endoscopic findings (both digestive and respiratory) are analyzed.

A thorough and correct preoperative evaluation and management of these patients should be performed in order to: a) raise surgical resection, b) diminish postoperative mortality and c) improve overlife if complications arrive.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AUCHINCLOSS JM. Preoperative evaluation of pulmonary function. *Surg Clin North Am*, 54: 1015, 1974.
2. KAKKAR VV, FIELD ES, NICOLAIDES AN, FLUTE PT. Low doses of heparin in prevention of deep-vein thrombosis. *Lancet*, 2: 669, 1971.
3. KALMAN KC. Nutrition and cancer. En "nutritional aspects of care in the critically ill". Livingstone. Churchill, 1977, p. 513.
4. NARDI G. Cuidado preoperatorio en pulmón, esófago y mediastino. En: Tratamiento pre y postoperatorio. México. Interamericana, 1973.
5. POTTER JL. Mucopurulent bronchitis and bronchiectasis. En: Current therapy. Philadelphia. Saunders, 1978.
6. RESANO CH. Pre y postoperatorio en cirugía esofágica. En: Pre y Postoperatorio. Bs. Aires. Eudeba, 1971, p. 655.