

## CONTRIBUCION

# Técnica de la anastomosis del esófago en el cuello

Dres. Daniel A. Allende, Eduardo Miranda y Pedro Pizarro

**Se presenta una variante técnica a la esofagostomía cervical, cuyas características principales son: ampliación del área quirúrgica por la sección de los músculos ECM y pretiroideos; manejo delicado de los extremos; neobocas ampliadas en raqueta y sutura de los músculos pretiroideos al órgano de reemplazo para disminuir tracción.**

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

La cirugía resectiva del esófago incluye anastomosis del esófago con el estómago, el yeyunoileon y el colon. Estas se practican a distintos niveles, dependiendo los mismos, de la amplitud de la exéresis.

Las complicaciones más frecuentes de dichas anastomosis son la fístula y la estenosis. La dehiscencia total o casi total es rara.

La fístula es complicación precoz, postoperatoria inmediata y de extrema gravedad cuando ocurre en el tórax o el abdomen. En la anastomosis cervical, con excepción de la mediastinitis, las consecuencias de la dehiscencia de la sutura son menos graves. La estenosis aparece en el postoperatorio mediato y se debe a cicatrización alterada por tensión, esofagitis, fístula, etc. (4, 5, 6, 7).

El análisis de las causas aparentes de las complicaciones, lleva a la modificación de las técnicas para intentar evitar aquéllas (2). En el caso específico de las anastomosis esofágicas cervicales, es importante:

- 1) Buen acceso al esófago.
- 2) Preservar la circulación del mismo.
- 3) Mantener la vitalidad y vascularización del órgano de reemplazo.
- 4) Prevenir la estenosis.
- 5) Evitar la tensión.

La técnica utilizada y aquí propuesta para realizar la anastomosis esofagocervical, incluye los pasos siguientes (se hace referencia al estómago, pero no varía para los otros órganos):

- I. Incisión de 10-12 cm. siguiendo el borde anterior del músculo E.C.M.

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

Cirujanos Docentes de la Universidad de Córdoba. Argentina.

Dirección: Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba. Rep. Argentina (Dr. D. Allende).

*Unidad Académica de Cirugía Nº 1. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Hospital Privado de Córdoba. Argentina.*

- II. Sección del haz esternal de este músculo, próxima a la inserción.
- III. Sección de los músculos pretiroideos del mismo lado, lo más cercana posible a la inserción en el esternón; se separan medialmente.
- IV. Sección y ligadura de la vena tiroidea media, separando la glándula hacia adentro (medialmente).
- V. Se separa el pedículo vasculonervioso lateralmente, seccionando la fascia que lo une al del otro lado por delante de la tráquea.
- VI. Siguiendo el plano prevertebral, se aísla y exterioriza el esófago por arriba de la arteria tiroidea inferior, que no se liga.



FIG. 1.— Incisión a la derecha.



FIG. 2.— Sección del E.C.M.

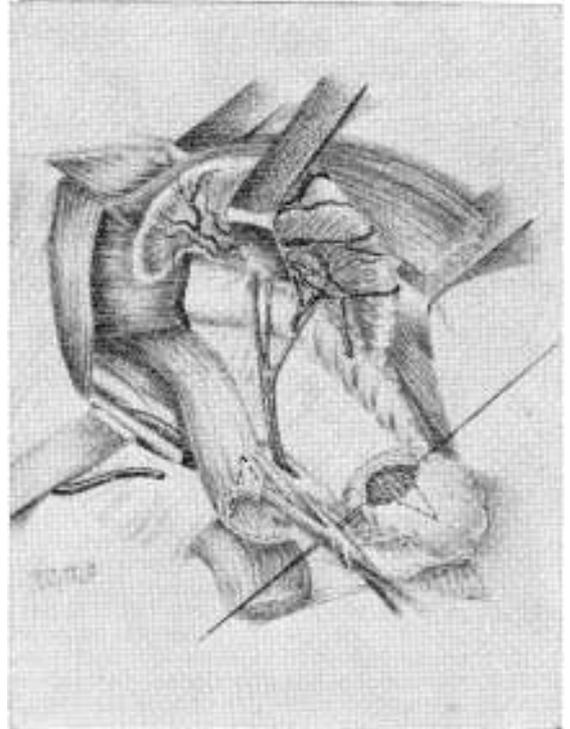


FIG. 4.— Separación de la tiroides.  
FIG. 5.— Separación del pedículo.  
FIG. 6.— Aislamiento del esófago.



FIG. 3.— Sección de los pretiroideos.

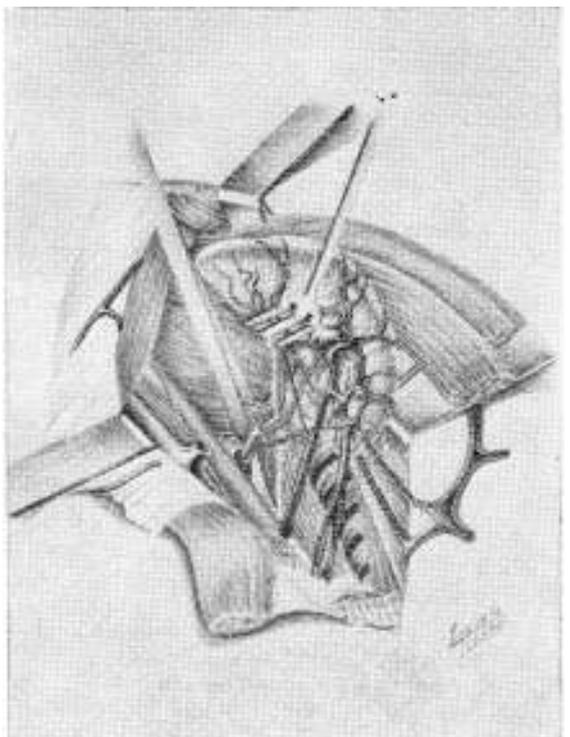


FIG. 7.— Reparó y sección del esófago.

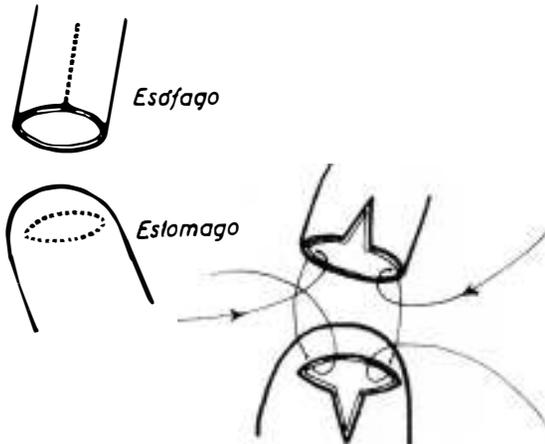


FIG. 8.— Se practica boca gástrica.

- VII. Reparó del esófago con puntos de lino fino en el sitio anastomótico de elección. Sección transversal del órgano. Incisión longitudinal de cara anterior del esófago en una extensión de 2-3 cm. Queda una boca en forma de raqueta, triangulada por los puntos de reparo (lateral, medial, anterior).
- VIII. Se exterioriza el fondo del estómago (retroesternal) y se abre una neoboca en raqueta de tamaño similar a la esofágica, triangulada con puntos de reparo. Hemostasia con lino 100.
- IX. Anastomosis en un solo plano con puntos de lino 100, nudo hacia la luz. Los puntos separados son perforantes totales. El borde posterior se sutura en primer término y luego cada uno de los lados del triángulo. Durante el procedimiento, los órganos no se tocan ni presentan con pinzas, utilizando para ello, los hilos tractores. Embrocación de la luz con alcohol yodado. Antes de finalizar la anastomosis se hace pasar la sonda nasogástrica al estómago.
- X. Lavado profuso con solución fisiológica del área. Sutura del extremo seccionado de los músculos pretiroideos a la pared anterior del estómago (u órgano de reemplazo), por debajo de la anastomosis.
- XI. Cierre no hermético de la aponeurosis cervical superficial dejando avenamiento en el extremo inferior. Cierre de la piel con agrafes (éstos se retiran a las 48 horas con el avenamiento).

## COMENTARIO

La técnica propuesta facilita el acceso al esófago ampliando la región esternocleidomastoidea, al seccionar los músculos E.C.M. y pretiroideos. Además facilita la ubicación de los órganos anastomosados en el cuello. Preserva la irrigación de los órganos, con el tratamiento suave, utilizando hilos tractores y anastomosis

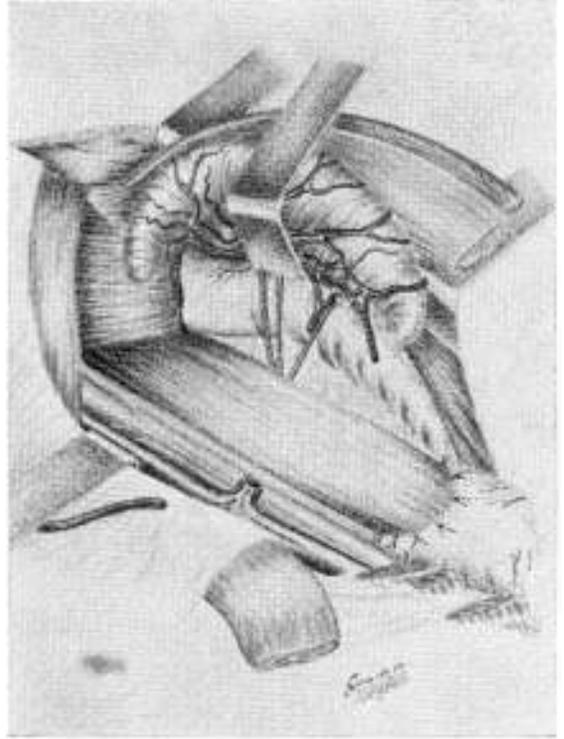


FIG. 9.— Anastomosis.

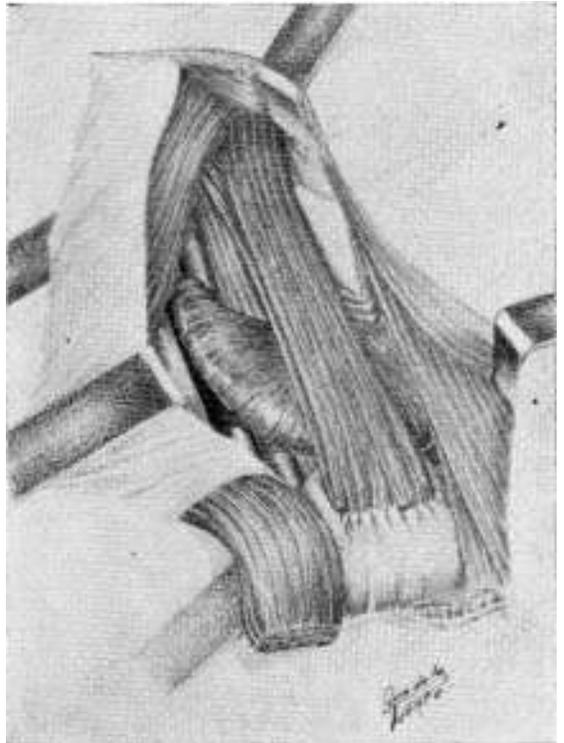


FIG. 10.— Sutura de los músculos pretiroideos al órgano de reemplazo.

monoplana (4). La arteria tiroidea inferior no se liga.

Se previene la estenosis aumentando el calibre de la boca anastomótica; se evita la tracción, no sólo permitiendo la llegada fácil del estómago al cuello sino también solidarizándolo con la laringe por intermedio de los músculos pretiroideos. La unión esofagogástrica acompaña a los movimientos de deglución.

La alimentación se hace precozmente, permitiendo sorbos de agua con estreptomycin diluida, desde el primer día y papilas fraccionadas desde el 3º ó 4º, dependiendo de la evacuación gástrica.

## RESUME

### Technique de anastomose cervicale de l'oesophage

On présente une variation technique de l'oesophage - gastrostomie cervicale, dont les caractères principaux sont: l'ampliation de la région chirurgicale par la section des muscles ECM et préthyroïdiens; manipulation délicate des extrêmes; néo-bouches étendues en raquette et suture des muscles préthyroïdiens à l'organe de substitution pour diminuer la traction.

## CONTRIBUCION

# Anastomosis esófago - gástrica protegida

## Aplicación de la técnica de Lortat - Jacob

Dres. Oscar Balboa, Ricardo Voelker y Ana Lerena

**Los autores reactualizan la anastomosis esófago - gástrica continente de Lortat - Jacob en la que hacen una invaginación completa del esófago en el estómago.**

**Se señala el buen resultado obtenido.**

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

En la cirugía esofágica, es la anastomosis de este órgano con el sector intestinal elegido como plastia el problema más serio, ya que es la falla de sutura la responsable del porcentaje mayor de morbimortalidad postoperatoria. Resulta preocupación primaria tener una técnica segura que disminuya al mínimo el riesgo de falla de sutura, para luego preocuparse de mejorar la condición de vida del paciente operado.

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

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Asistentes de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Aceguá 4734, Montevideo (Dr. O. Balboa).

## SUMMARY

### Tecnic of Cervical Esophageal Anastomosis

A technical variation of cervical esophagus - gastrostomy is exposed. Its principal characteristics are: surgical field widence, by ECM and prethyroid muscles section; delicate management of visceral end, trowel widence anastomosis and prethyroid muscles suture to replacement organ, in order to diminish the traction.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DUNPHY JE. El proceso de cicatrización en las anastomosis gastrointestinales. Cirugía del tracto gastrointestinal. Barcelona. Científico-Médica, 1978.
2. GIL MARINO JA. Cáncer de esófago. Tratamiento quirúrgico. *Cir Uruguay*, 45: 46, 1975.
3. GONI MORENO I. Cirugía de esófago y hernia por el hiato esofágico. Buenos Aires. Universitaria, 1964.
4. GUIVARC'S M, MOUCHET A, MARQUAND F, MARTINON F. Etude d'une statistique de 461 cancers de l'esophage. *Ann Chir*, 29: 753, 1975.
5. MCKEOWN KC. Trends in oesophageal resection for carcinoma. *Ann Roy Coll Surg Engl*, 51: 213, 1972.
6. MOHANSINGH, MP. Mortality of oesophageal surgery in the elderly. *Br J Surg*, 63: 579, 1976.

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

En la clínica en que actuamos a cargo del Prof. Luis A. Praderi, hay un caudal importante de pacientes portadores de neoplasma de esófago y se utiliza de preferencia, como plastias, el estómago transpleural con el cual se llega al vértice del tórax sin dificultad.

Pensando en proteger la anastomosis esófago-gástrica, surgía que el único elemento disponible es el propio estómago a quien deberíamos usar para realizar una aposición serosa.

Es así que surge la posibilidad de adaptar a esta situación la anastomosis continente descrita por Lortat - Jacob y Fékété (1, 2) para prevenir la esofagitis postoperatoria.

Dicha anastomosis crea un neo anguloso de His, pero lo que a nosotros nos interesa es que proteja la anastomosis. En el caso de la descripción original la invaginación es evidente en la hemicircunferencia izquierda, mientras que nosotros lo realizamos en toda la circunferencia del esófago.

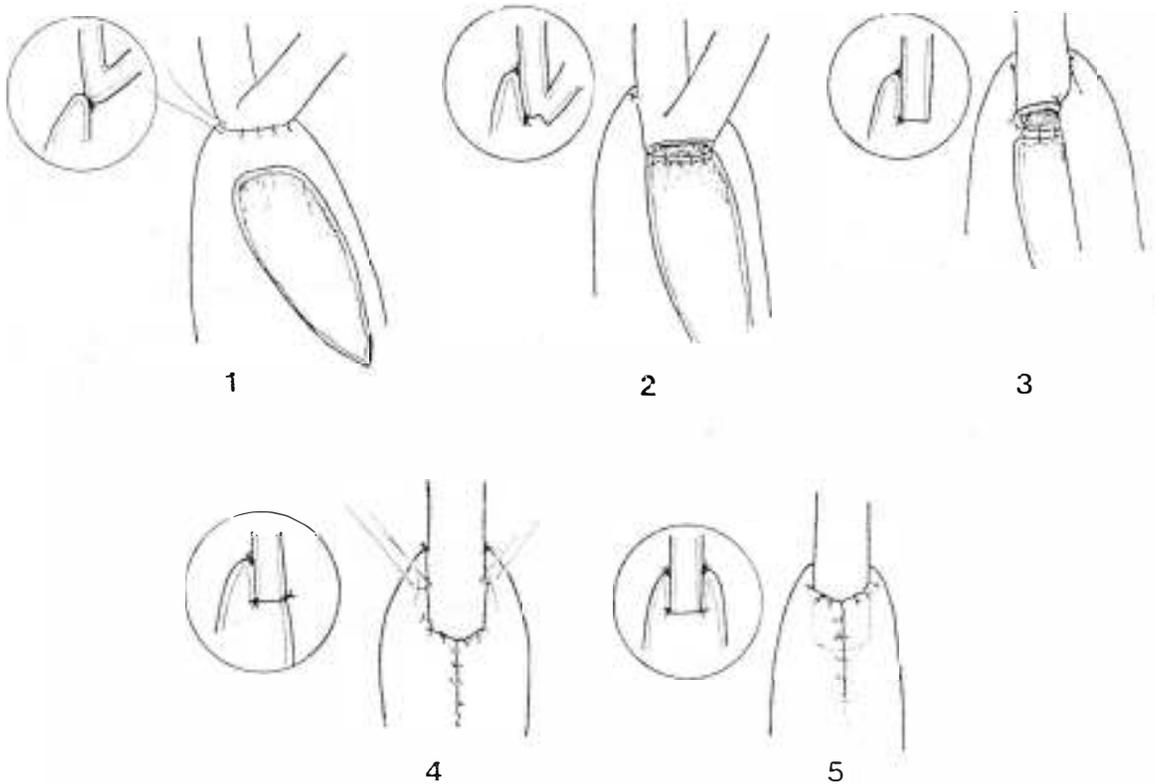


FIG. 1.- Colocación de los puntos esófago - gástricos del 1er. plano. Se mantiene la pieza en continuidad. FIG. 2.- Se secciona hemicircunferencia esofágica posterior y se pasan puntos totales separados con aguja atraumática hilo no reabsorbible 3 "O". FIG. 3.- Se secciona completamente el esófago y se comienza a completar el plano total tomando sucesivamente la cara anterior y posterior del estómago adecuándolo a la boca anastomótica. FIG. 4.- Se ha completado el plano total. FIG. 5.- Se completa la invaginación de la anastomosis levantando la pared gástrica sobre el esófago. En todos los círculos se muestra como queda la anastomosis al corte.

## TECNICA

Seccionado el estómago en el nivel elegido se debe proceder a ligar todos los vasos submucosos, lo cual evita hemorragia y mantiene un campo operatorio limpio. Como de costumbre, se mantiene la pieza en continuidad con el esófago, lo cual facilita su manejo y evita la retracción del mismo.

La anastomosis se realiza sobre el borde de sección gástrica siendo término terminal oral parcial, con boca anastomótica vecina a la curvatura mayor.

A) *Primer plano posterior* a 4 cm. del borde libre de la cara posterior del estómago se pasan puntos seromusculares que luego atraviesan la capa muscular de la cara posterior del esófago a 4 cm. por encima de la zona que elegimos para la anastomosis. Nunca movilizamos mucho el esófago para evitar su desvascularización, lo cual hace que estos puntos en la pared posterior del esófago se afirmen en los planos mediastino - pleurales vecinos (fig. 1).

B) *Plano total.* Se secciona entonces la hemicircunferencia posterior del esófago a 4 cm.

por debajo de los puntos pasados previamente, con lo cual nos quedan 2 bordes expuestos de tamaño igual, con la pared total del estómago y del esófago.

Se hace este plano con puntos separados utilizando aguja atraumática 3"0" de material no reabsorbible (fig. 2).

Completado el plano posterior se secciona completamente el esófago y se prosigue con los puntos totales pero ahora se abandona la cara posterior del estómago para comenzar desde la curvatura mayor por la cara anterior. Hasta que se completa la circunferencia tenemos terminado el plano total de la anastomosis esófago - gástrica, quedando aún abierto un sector del estómago el cual se cierra con puntos separados (figs. 3 y 4).

Este plano total terminado dibuja una raqueta cuyo mango comienza en la curvatura menor y se extiende por la zona de anastomosis gastro - gástrica y su zona oval, corresponde a la anastomosis esófago - gástrica.

C) *Primer plano anterior.* Para completar la protección de la anastomosis y que ésta quede sumergida dentro del estómago, es necesario completar lo que hemos llamado primer

plano, para lo cual debemos pasar puntos que toman a 4 cm. de la anastomosis levantando la cara anterior del estómago sobre el esófago para luego completar en el mango de la raqueta con puntos sero - serosos gastro - gástricos (fig. 5).

Al finalizar la operación la anastomosis esofagogástrica queda como un hocico de tenca dentro del estómago remanente.

Rutinariamente dejamos sonda de polietileno transanastomótica.

## RESULTADOS

Esta anastomosis se realizó en doce pacientes. Estos pacientes se mantienen con alimentación parenteral. En todos se hizo control radiológico con hypaque al 7º día. Antes de comenzar realimentación oral.

En un caso apareció pequeña fuga anastomótica sin traducción clínica. Se mantuvo realimentación parenteral por una semana más y luego tolera vía oral sin dificultades.

En otro paciente el control fue normal, se realimentó por vía oral, pero hace un empiema derecho, falleciendo con un cuadro de sepsis. No hubo comprobación clínica ni radiológica de fistula. No se realizó necropsia, pero se puede imputar a una fuga anastomótica este empiema.

Los restantes evolucionaron bien. No hubo estenosis.

En suma, en doce pacientes tenemos uno fallecido, en el cual sin haber estado demostrada la falla de sutura, ésta es bastante probable. Si bien el número es pequeño, la cifra es muy satisfactoria y comparable a las mejores estadísticas de otros medios.

## CONCLUSIONES

Si bien puede resultar al leer su descripción, como una técnica compleja luego que se ve realizar resulta simple.

Tiene una gran ventaja que es lo bien que se individualizan los sectores a anastomosis, lo cual deja la tranquilidad de que es prácticamente imposible cometer errores de técnica que determinen fallas de sutura precoces.

Los resultados obtenidos son promisorios y creemos que esto, agregado a una mejor preparación de los pacientes, nos permitirá bajar en forma muy significativa la mortalidad operatoria de estos pacientes.

## RESUME

### Anastomose oesophago - gastrique protégé Application de la technique de Lortat - Jacob

Les auteurs remettent à jour l'anastomose oesophago-gastrique contenant de Lortat-Jacob, dans laquelle ils font une invagination complète de l'oesophage dans l'estomac.

On signale le bon résultat obtenu.

## SUMMARY

### Protected Esophago - Gastric Anastomosis. Lortat - Jacob's Technique

Updating of Lortat-Jacob's esophago-gastric continent anastomosis consisting of complete invagination of esophagus in the stomach.

Results obtained have been good.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LORTAT - JACOB JL, MAILLARD JM, FEKETTE F. La prévention du reflux après résection oesophago-gastrique par un procédé d'anastomose continente. *Mém Acad Chir*, 13: 1157, 1959.
2. LORTAT - JACOB JL, MAILLARD JM, FEKETTE F. A procedure to prevent reflux after esophago-gastric resection. Experience with 17 patients *Surgery*, 50: 600, 1961.