

## CONTRIBUCION

# El uso del tubo de estómago para reconstruir el tránsito esofágico colocado en forma pre-esternal

Dres. Ricardo Mayol, Kunio Takagui y Tanaki Kayitani

Se presentan algunos detalles técnicos del uso del tubo de estómago en forma preesternal, los cuidados de la preparación de los pedículos vasculares del estómago. Maniobras para delimitar la extensión de la resección quirúrgica. Se describen maniobras de descarga a fin de elongar el tubo si resultara corto. Se describe sucintamente el abordaje cervical. Detalles de la técnica para remolcar el tubo gástrico en el túnel pre-esternal y los resultados del Instituto del Cáncer de Tokio.

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

El estómago es el órgano más usado en Japón para reconstruir el tránsito esofágico. Las técnicas varían según sea la ubicación que se desee colocar el estómago. Posiblemente la que tiene más adictos es el tubo de estómago en forma pre-esternal, pero también se realiza con estómago entero y en forma pre-esternal. Para muchos cirujanos la vía se decide según sea el pronóstico oncológico del paciente. En los tumores de esófago cervical, el estómago también puede ser usado, con buenos resultados.

Se harán algunas consideraciones técnicas sobre el uso de este procedimiento.

El primer tiempo de importancia para preparar el tubo gástrico es la preparación de las arcadas vasculares; se conservan las arterias gastroepiploicas, es imprescindible la ligadura de la arteria coronaria estomáquica, en algunos casos se puede conservar la pilórica, pero si se secciona para conseguir mayor elongación del estómago, esta ligadura no ocasiona trastornos importantes en la irrigación.

Como segundo tiempo se destaca la maniobra de Kocher para movilizar el duodeno páncreas.

En la figura 1 se muestra el trazado de la incisión que va a formar el tubo gástrico. El cirujano tracciona con la mano del esófago y la cúpula gástrica, como queriendo enderezar

Hospital del Instituto del Cáncer. Tokyo. Japón.

el estómago; la gran mayoría usa la pinza automática de Nakayama o sus similares, si se hace a cielo abierto es con el fin de observar el estómago por dentro para delimitar los límites de invasión del tumor, esto tal vez sea algo que ha perdido su valor, dado el advenimiento de la radiología de doble contraste y la fibroscopía que permite establecer con toda precisión los límites lesionales.

Cuando el tubo está terminado, se lo coloca en posición, si éste resultara un tanto corto, se practicarán incisiones de descarga seromusculares que permitirán el alargamiento del tubo.

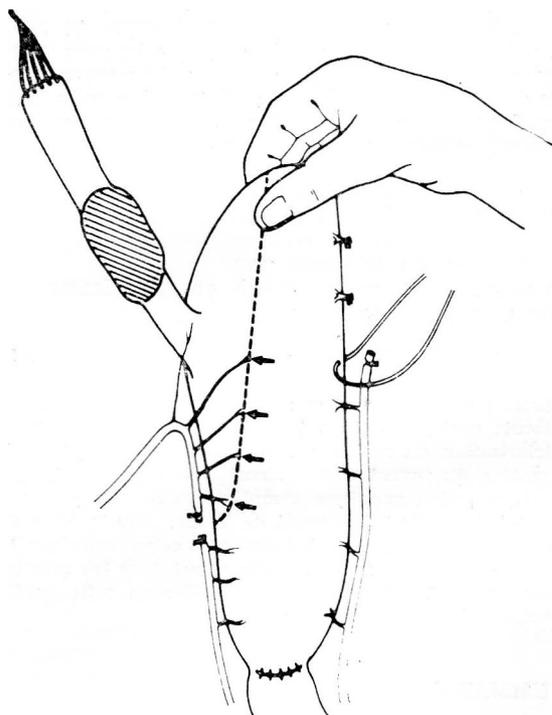


FIG. 1.—Trazado de la incisión que formará el tubo gástrico (Dr. Akiyama. Toranomon Hospital)

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

Becado uruguayo por Gobierno Japonés, Cirujano Auxiliar Fac. Med. Montevideo, Vicedirector Departamento de Cirugía y Director del Departamento de Cirugía Instituto del Cáncer de Tokyo.

Dirección: Av. 8 de Octubre 3023, Montevideo (Dr. R. Mayol).

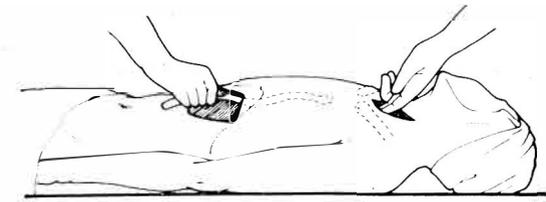


FIG. 2.—Labrado del túnel pre - esternal (Dr. Akiyama. Toranomom Hospital)

Se utiliza el bisturí eléctrico en baja intensidad, trazando una incisión circular que corte la seromuscular respetando en profundidad el plano venoso. Se pueden realizar entre dos y tres incisiones, obteniendo entre 2 y 3 cm. de alargamiento.

Se termina la etapa abdominal con la piloroplastia.

En el tiempo torácico el muñón esofágico se moviliza por decolamiento digital hasta el vértice del tórax, para facilitar luego la exteriorización en el abordaje cervical.

La incisión en la base del cuello se realiza en el borde anterior del esternocleidomastoideo en una extensión de 5 a 7 cm., se desinserta el haz esternal del músculo y mediante maniobra digital se avanza hasta encontrar el muñón esofágico.

Cabe destacar que a veces en pacientes de cuello corto es necesario reseca la articulación esternoclavicular.

Después de encontrar el muñón esofágico en el cuello se disecciona hacia arriba digitalmente para darle la mayor movilidad posible.

En la figura 2 se muestra como realizar el túnel preesternal ayudado de una valva maleable que actúa de decolador; esta misma valva tiene un orificio en un extremo que sirve para atar los hilos que completaron la sutura que formó el tubo gástrico y pasar a remolque a través del túnel. A fin de que esta maniobra no sea un tanto brusca, se forra el estómago con un tubo de nylon o se envaselina, lo que permitirá un deslizamiento suave. Si se

puede, la sutura esofagogástrica se realizará 2 cm. por debajo del borde seccionado del estómago sobre la cara anterior, en dos planos, con material no reabsorbible.

El haz del esternocleidomastoideo se vuelve a reinsertar recubriendo la sutura.

Los resultados de este Hospital para pacientes en que la operación se considera curativa, es de 30 % de sobrevivida a los 5 años, con una mortalidad de 5 %, y la principal complicación de muerte son los problemas pulmonares, debido a las amplias disecciones que se realizan.

## RESUME

### Utilisation du tube gastrique pour faire la reconstruction du transit oesophagienne par voie preesternal

On présente quelques détails techniques sur l'emploi du tube d'estomac de façon pré-sternale, les soins de la préparation des pédicules vasculaires de l'estomac. Manoeuvres pour délimiter l'étendue de la resection chirurgicale. On décrit des manoeuvres de décharge afin d'étirer le tube s'il restait court. On décrit brièvement l'abordage cervical. Détails de la technique pour remorquer le tube gastrique dans le tunnel rétro-sternal, les résultats de l'Institut du Cancer de Tokio.

## SUMMARY

### Esophageal Reconstruction with Gastric Tube

The paper presents some technical details, relative with the use of retroesternal gastric tube, the carefully preparation of the gastric vascular pedicles, the management of surgical resection and its extension. It's described the procedure in order to extend the tube if it results too short. A brief description of cervical approach is exposed, as well as technical details of retroesternal gastric tube passage and the results of this Tokio's Cancer Institute.