

## CONTRIBUCION

## Neoplasma de esófago y cardias

## Análisis estadístico

Dres. Ana Lerena, Norma Ricciardi, Ricardo Voelker,  
Oscar Balboa y Luis A. Praderi

Se analiza una serie de 168 cánceres de esófago y cardias. Se destaca el predominio de la localización en tercio medio de esófago. La resección se considera como el mejor tratamiento paliativo. En los tumores localizados en tercio medio e inferior, la reconstrucción del tránsito digestivo se logra mediante el uso del estómago por la técnica de Sweet y de Lewis.

En el tercio superior, la reconstrucción se obtiene por esofagocoloplastia en una etapa operatoria.

La complicación más importante sigue siendo la fistula anastomótica. El promedio de supervivencia de la serie es de 15 meses.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Esopagus Surgery.

Analizaremos un total de 168 casos de neoplasmas de esófago y cardias, que comprende la serie de la Clínica Quirúrgica "F" del Hospital de Clínicas de Montevideo en el periodo 1973 - 1979, y la casuística personal de uno de nosotros (L.A.P.) desde 1957 a 1979. En estas dos series de pacientes se cumplieron los mismos principios y directivas terapéuticas (11, 12, 13, 14, 16). Hemos sumado a los neoplasmas de esófago (epiteliomas malpiglianos) los casos de neoplasmas de cardias, que a pesar de sus diferencias anatomopatológicas y clínicas, se unifican en lo referente a técnicas de restablecimiento del tránsito digestivo.

Corresponden 135 hombres (80 %) y 33 mujeres (20 %) en edades extremas de 32 a 88 años (promedio de edad: 59 años).

CUADRO I  
ALTURA TUMORAL

Tercio inferior y cardias	60	35,7 %
Tercio medio . . . . .	91	54,2 %
Tercio superior . . . . .	17	10,1 %

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

Asistentes, Ayudante de Investigación, Profesor Adjunto y Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Av. J. Suárez 3065, Apto. 8, Montevideo (Dra. A. Lerena).

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

En lo referente a la altura existe un franco predominio del tercio medio en los últimos años de nuestra serie, quizás porque esta localización ha sido incorporada a las indicaciones quirúrgicas, no así los tumores de tercio superior, que en nuestro medio son derivados para tratamiento radiante o a las policlínicas otorrinolaringológicas.

CUADRO II  
RESECABILIDAD — SERIE QUIRURGICA

En 168 casos — 90 resecados (53,6 %)

La resección tumoral la consideramos como el mejor tratamiento paliativo, de allí que el grupo comprende pacientes tratados con criterio radical y también con criterio paliativo. Este enfoque, aplicado en los últimos años, consideramos que es el más correcto para lograr mejores resultados inmediatos; la experiencia enseña que la exéresis tumoral contribuye a mejorar la calidad de supervivencia.

CUADRO III  
RESECCIONES TUMORALES

	Casos
Esófago - gastrostomias	84
	Método de Sweet Método de Lewis
Esófago - coloplastias	6
	90

En los resecados hemos empleado el estómago en la mayoría de los casos, pues consideramos que es la técnica más sencilla, con menos número de anastomosis y menor tiempo operatorio, cuando el tumor ocupa las dos inferiores del esófago (2, 9, 10).

Esto nos permite la resección y la restitución del tránsito en un solo acto operatorio,

reduciendo así el tiempo de hospitalización y de morbilidad postoperatoria, factor primordial en la táctica terapéutica de pacientes que tienen un sobrevida tan limitada. En los últimos 5 años hemos optado, en la mayoría de los casos, por la vía derecha (tipo Lewis) (7) y que nos facilita la esofagectomía más amplia y la anastomosis más cómoda en las localizaciones de tercio medio. Reservamos el Sweet clásico por toracofrenotomía izquierda para los tumores yuxtafrénicos (6, 12, 13).

Las esofagocoloplastias las empleamos en los tumores de localizaciones altas (cervicales, cervicotorácicas y del tercio superior torácico); método más complejo, que requiere más tiempo operatorio, más anastomosis y mayor morbilidad. Siempre hemos empleado el colon transversal con pedículo cólico izquierdo superior por vía pre y retroesternal (4, 5, 8, 11).

## CUADRO IV

## TRATAMIENTO EN TUMORES NO RESECADOS

Gastrostomías	14
Radioterapia	16
Radioterapia y gastrostomía	6
Intubación tumoral	3
Esófago - coloplastias	3
Ascenso gástrico preesternal	1
Total	43

Las esofagoplastias con estómago o colon en casos de lesiones no resecables, deben ser empleadas con mayor frecuencia.

El perfeccionamiento de la técnica en estos últimos años, permite ampliar las indicaciones de estos métodos de by-pass tumoral. No hemos tenido buenos resultados con la intubación tumoral.

La radioterapia preoperatoria la hemos empleado en una serie de 18 casos en forma sistemática, durante el período 1968 - 1972. Los resultados logrados con radioterapia preoperatoria fueron buenos, pues aumentaron en forma evidente los índices de resecabilidad; hemos reducido actualmente sus indicaciones a lesiones extensas con la finalidad de mejorar las condiciones locales y facilitar la exéresis (1, 3, 14, 17). Hemos dejado de emplearla en forma sistemática pues es difícil en nuestro medio armonizar las terapias sin prolongar exageradamente la hospitalización.

## CUADRO V

## MORTALIDAD OPERATORIA

Sobre 71 resecciones (1957 - 1977) - 9 muertes (12,6%)

Fístulas	5
E. A. Pulmón	1
Broncoplejía	1
Hemorragia abdominal	1
Infarto Miocardio ...	1

La complicación más seria sigue siendo la fístula anastomótica (12, 16). No incluimos algunas fístulas radiológicas en la sección gástrica (no en el área anastomótica) que curaron espontáneamente, sin síntomas clínicos.

## CUADRO VI

## FISTULAS POSTOPERATORIAS

— Esófago gastrostomías	3
1 doble neoplasma esofágico	
1 postradioterapia masiva	
1 subcutánea cervical	
— Resección tumoral sin anastomosis	1
— Esofagocoloplastias ...	1

La experiencia quirúrgica y el uso de material de sutura moderno, contribuyen a reducir esta complicación.

## CUADRO VII

## SOBREVIDA

Sobre 71 resecciones - Serie personal (L. A. P.)

Promedio Sobrevida — 15 meses

Actualmente viven 8 pacientes

4 entre 2 y 5 años
3 entre 5 y 10 años
1 con 19 años

En suma el número de pacientes que han pasado los 5 años es mínimo (6, 12, 13, 16); nuestro propósito es lograr paliar la situación de disfagia con un método quirúrgico, que si bien constituye una intervención de gran trascendencia, logra restablecer la continuidad digestiva, reduciendo al máximo la morbimortalidad operatoria y el período de hospitalización.

## RESUME

Cancer de l'oesophage et cardias:  
Etude stadistique

On analyse une serie de 168 néoplasmes d'estomac et cardia. On a observé la prédominance de sa localisation dans le tiers moyen. Nous considérons que la resection constitue la meilleure méthode de palliation; la restitution du transit dans les tumeurs localisées dans les deux tiers inférieurs a été réalisée avec l'estomac en un seul acte chirurgical en employant la technique de Lewis - Swett. Pour le tiers supérieur on a réalisé des oesophago-coloplasties aussi en un seul acte chirurgical. La complication la plus sérieuse est toujours la fistule anastomotique. La survie a été de 15 mois environ.

## SUMMARY

### Esophageal and Cardia Cancer Statistic Analysis

A serial of 168 esophageal and cardia cancer is analyzed. The predominance of middle portion localization is pointed out. Resection as the best palliative procedure is considered. In cancer localized in middle and lower section, transit reconstruction was performed in one stage, following Sweet or Lewis tecnic.

In upper section, esophageal - colonic anastomosis was performed in one stage.

The most important complication continuos being anastomotical leak.

Promedial survival was of 15 months.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AKAKURA I, NAKAMURA J, KAGEGAWA T. Surgery of Carcinoma of the esophagus with pre-operative radiation. *Chest*, 57: 47, 1970.
2. AKIYAMA H, MIYAZONO H, TSURUMARN N, HASHIMOTO Ch, KAWAMURA T. Use of the Stomach as an Esophageal Substitute. *Ann Surg*, 188: 606, 1978.
3. BLOEDORN FG. Radiation and Surgery. Progress in radiation therapy. Inc., 1962. v. 2.
4. CENDAN J, PRADERI LA, KAUFMANN J. Estenosis esofágica por cáustico. *Congres oPanamericano de Gastroenterología*, 12º, 1971, P. del Este.
5. FEKETE F, CLOT Ph, LORTAT - JACOB JL. Bilan de 180 Oesophagoplasties. *Marseille Chirurgical*, 23: 147, 1971.
6. GIL MARINO JA. Cáncer de Esófago (tratamiento quirúrgico. *Cir Uruguay*, 45: 46, 1975.
7. LEWIS I. The Surgical treatment of Carcinoma of the esophagus. *Brit J Surg*, 34: 18, 1947.
8. LORTAT - JACOB JL, MAILLARD JN, CL A, FEKETE F et HUGIER M. Résultats de 117 oesophagoplasties. *Acad Chir*, 334: 20, 1968.
9. NAKAYAMA K. Atlas of Gastrointestinal Surgery. Tokio. I. Shoinhtd, 1968.
10. ORSONI P. Oesophagoplasties. Paris. Maloine, 1969.
11. PRADERI LA, CENDAN JE. Esopagoplastias. Elección de procedimientos. *Cir Uruguay*, 43: 376, 1973.
12. PRADERI LA. Tratamiento del neoplasma de esófago. *Congreso Médico del Uruguay*, 5º, 345: 354, 1962.
13. PRADERI LA. Neoplasma de esófago. A propósito de 8 resecciones subaórticas. Evolución alejada. *Bol Soc Cir Uruguay*, 31: 255, 1960.
14. PRADERI LA, PARADA R. Radioterapia y cirugía combinadas en el cáncer de esófago. *Cir Uruguay*, 42: 153, 1972.
15. PRADERI LA. Estenosis esofágicas benignas. *Cir Uruguay*, 38: 127, 1968.
16. PRADERI LA. Neoplasma de esófago. Algunos aspectos de diagnóstico y tratamiento. Tesis inédita. Agregación. Fac. de Medicina, 1963.
17. PRADERI LA, PARADA R, ACOSTA W. Comprobaciones anatómicas y operatorias en la cirugía del cáncer de esófago con radioterapia previa. *Prensa Méd Argent*, 60: 532, 1973.