

Estenosis cáustica de esófago Esofagectomía por vía cervical y abdominal

PALABRAS CLAVES: (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS. ESOPHAGOGASTRIC JUNCTION SURGERY

RESUMEN:

Los autores presentan un caso de esofagitis cáustica en que se aplicó un procedimiento quirúrgico poco divulgado; la esofagectomía por doble abordaje cervical y abdominal.

Se destaca su aplicación de elección en patología benigna.

También puede ser utilizado en casos seleccionados de cáncer de esófago.

SUMMARY:

"STENOSE CAUSTIQUE DE L'ESOPHAGE".

A case of caustic esophagitis is presented. A poor known surgical procedure esophagectomy by a double approach, cervical and abdominal, was performed. The authors consider this, an elective procedure for benign pathology. It can also be indicated in selected cases of esophagic cancer.

RESUME:

"CAUSTIC STENOSIS OF THE ESOPHAGUS".

Les auteurs présentent un cas de oesophagitis caustique dans lequel c'est appliqué un procédé chirurgicale peu connu, l'oesophagectomie par un double abord cervical et abdominal. On remarque son application d'élection en pathologie bénigne.

Aussi il peut être utilisé dans des cas sélectionnés de cancer d'oesophage.

La EST, o esofagectomía por vía combinada cervical y abdominal, es un procedimiento aceptado para el tratamiento quirúrgico de determinadas situaciones de enfermedad esofágica.

Es una técnica que implica un abordaje doble y simultáneo del esófago por sus dos extremos: cervical y abdominal.

A pesar de que es un procedimiento poco utilizado, tal vez poco conocido, no es reciente. Von Ach (9) y Denk (2) en 1913 realizaron las dos primeras E.S.T. En 1933 Ohsawa cita la realización de otra E.S.T. en manos de Levy. En 1936 Grey Turner (8) llama al procedimiento "resección cervice" abdominal" o "pull-through" esofágico.

En los últimos años han aparecido comunicaciones al respecto de Ong (5), Ranger (7), LeQuesne (3), Akiyama (1), Pinotti (9), que han contribuido a la actualización de esta técnica, así como a establecer sus indicaciones y a evaluar sus complicaciones y sus resultados.

Básicamente son 3 las modalidades técnicas con las que puede lograrse la EST; (Fig.1):

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de agosto de 1981.

Residente Cirugía del M.S.P., Prof. Agdo. de Clínica Quirúrgica, Médicos Auxiliares, Prof. Adj. de Radiología.

Dirección: Bvar. Artigas 3386. Montevideo (Dr. J. Pomi)

Dres.

JORGE POMI, ROMULO DANZA, LUIS PEREZ BILLI, ALBERTO BEGUIRISTAIN, GUSTAVO NUCHOWICH.

— Clínica Quirúrgica "3" (Director Prof. R. Praderi).

H. Maciel. Fac. de Medicina, Montevideo.

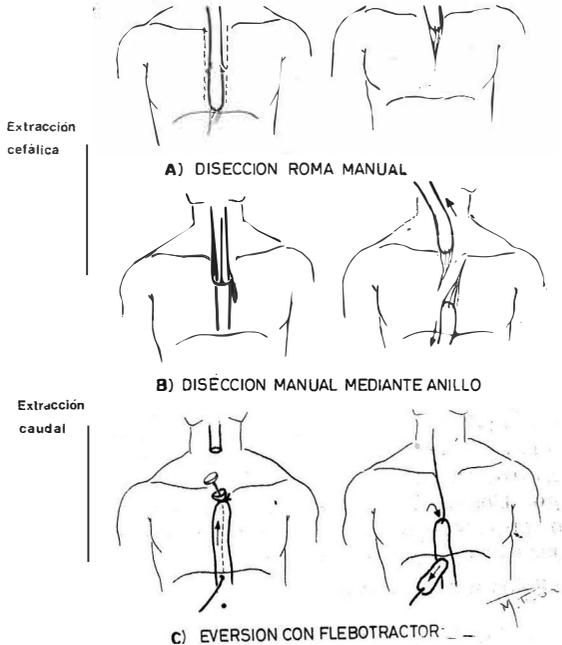
1) Por disección digital mediastinal periesofágica por vía cervical y abdominal simultáneas.

2) Por disección con aro metálico tipo decolador de Mayo.

3) Por "stripping" esofágico, en forma similar a como se hace una safenectomía.

Estas modalidades técnicas pueden complementarse entre sí, como tuvimos que realizar en el caso que presentamos, y también como sugiere Pinotti con amplio abordaje mediastinal transdiafragmático mediante una frenotomía anteroposterior, que le quita el carácter de "ciego" al procedimiento.

No es nuestro propósito entrar en detalles de estas variantes técnicas, sino el de plantear el siguiente caso:



DISCUSION

Del análisis de la historia surgían varias interrogantes. La primera es, resecar o no el esófago, luego de decidida la cirugía, en vistas al fracaso de las dilataciones. Nos decidimos por la esofagectomía fundamentalmente por dos razones:

1) de orden patológico, ya que está señalada la mayor expectativa de cáncer en los esófagos portadores de una estenosis cáustica que en el resto de la población, y

2) de orden táctico. Si se está decidido a operar sin reseca, se tiene que realizar un "by-pass". Realizar una derivación implica dejar el sector esofágico supraestructural, como un sistema diverticular con respecto a la nueva vía de tránsito alimenticio.

La segunda es: por qué una EST.

La estenosis cáustica es una enfermedad benigna, en la que no es imprescindible la evaluación de la enfermedad en el mediastino como sucede en el cáncer. De manera que la esofagectomía exclusiva alcanza a los efectos de la enfermedad.

El problema que puede presentarse en las esofagitis cáusticas es la existencia de una gran periesofagitis que en su disección ciega se comprometa la indemnidad de estructuras anatómicas periesofágicas (membrana traqueal, pleuras, grandes vasos).

Por esto hay que estar preparado y dispuesto para una toracotomía, que permita la disección de la periesofagitis bajo la vista. Pero es evidente que esta cirugía sin toracotomía abrevia notoriamente el tiempo operatorio.

El tercer aspecto a considerar es qué utilizar para la sustitución esofágica y por donde ascenderlo al igual que en toda la cirugía de resección esofágica.

Pensamos que si en el estómago no hay otras lesiones, es el órgano de elección. Con una cuidadosa liberación de la gran curva y seccionando el estómago a favor de la pequeña curva a la manera de un tubo gástrico, se obtiene un órgano con excelente irrigación y de longitud adecuada. El decolamiento retroduodenopancreático también contribuye a ello.

En cuanto al camino por donde ascender al estómago, utilizamos el camino más corto, el tubo mediastinal que ocupaba el esófago. No hay que olvidar para esto, abrir ampliamente el hiato esofágico para permitir el ascenso cómodo del tubo gástrico y que en el futuro no se estenose.

Para finalizar, sabemos que esta técnica ha sido utilizada en otros centros asistenciales incluso uno de nosotros (R.D.) la ha utilizado para cáncer de esófago. Desconocemos su aplicación en nuestro medio, en estenosis cáusticas, motivo por el cual traemos este caso a esta Sociedad.

OBSERVACION CLINICA

A.G.: Mujer de 28 años, casada, proveniente de Montevideo, Registro N° 3705.

Ingresó el 16/6/81.

M. de C.: Disfagia

Enfermedad Actual: 8 meses atrás, ingiere accidentalmente cáusticos. Consulta inmediatamente médico, siendo internada durante dos meses, relatando disfagia orgánica progresiva. Se le practicaron dilataciones esofágicas cada 20 días notando mejorías parciales.

Actualmente, solo ingiere líquidos con sensación de "stop" en tercio inferior de esternón y dolor retroesternal opresivo, continuo que cede con analgésicos. Adelgazamiento de 10 Kgrs. en los últimos meses, no anorexia, T.D. y T.U. s/p.

A.G.O.: Secundigesta, secundípara. Hijos sanos.

Exámen físico: longilínea, adelgazada. Buen estado

de hidratación. No anemia clínica. Peso: 49.500 C. Resto s/p.

En suma: Mujer de 28 años, secundípara, que consulta por disfagia orgánica de 8 meses de evolución post-ingesta de cáusticos, tratada con dilataciones. Actualmente solo tolera líquidos. Al examen: longilínea, y adelgazada.

Diagnóstico clínico: Estenosis por Fibrosis Cáustica Esofágica.

La paraclínica de Laboratorio fue normal: El tránsito esofágico mostró "stop" parcial en la unión del tercio medio e inferior, con desfiladero de aproximadamente 2-3 cms. de longitud. El estómago es de forma y motilidad normales.

Se instaura alimentación parenteral en preoperatorio.

Se interviene el 29/6/81 mediante mediana supraumbilical:

— Liberación de gran curva gástrica dejando indemne el pedículo gastroepiploico en toda su extensión. Sección de los vasos cortos. Sección del pedículo coronario estomacal. Se conserva pedículo pilórico. Sección oblicua gástrica subcardial con cierre en 2 planos a puntos separados.

Disección digital del esófago a través del hiato esofágico.

— Cervicotomía izq. oblicua, con sección parcial del ECM. Disección de esófago que tiene paredes gruesas reclinando tráquea adelante y pedículo vascular atrás y afuera.

Desde abajo se pasa stripper por el esófago y luego de disección digital por la cervicotomía y la laparotomía, liberando las adherencias del esófago a las pleuras, estirando antes de seccionar los pequeños pedículos del esófago torácico, se realiza "stripping" esofágico.

— Ascenso gástrico por mediastino posterior, facilitado por maniobra de Rocher-Vantrim (sección del ligamiento arcuato)

— Esofagogastronomía amplia en un plano con puntos separados de Mersilene 3-0. Puntos de fijación del estómago al ligamento prevertebral.

Cierre por planos. Láminas de guante por cervicotomía y tubo al vacío en mediastino (retrogástrico) que sale por laparotomía.

Evolución postoperatoria: Buena. Derrame pleural derecho pequeño bien tolerado. Se da de alta el 23/7/81 mostrando el tránsito esofágico, amplio pasaje en la anastomosis, sin fugas, tolerando perfectamente la vía oral.

Peso al egreso: 47.300. Total de días de internación: 37 días

Los sucesivos controles en policlínica han sido normales con franco ascenso de peso corporal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) AKIYAMA, H.; HIYAMA, M.; MIYAZONO, H. Total Esophageal Reconstruction after Extraction of the Esophagus. *Ann. Surg.* 182:547, 1975.
- 2) DENK, W. Zur Radikal operation des Oesophanguskarzinoms. *Zentralbl Chir.* 40: 1065, 1913.
- 3) Le QUESNE, L.P.; RANGER, D. Pharyngolaryngectomy with immediate pharyngogastric anastomoses. *Br. J. Surg.* 53:105, 1966.
- 4) ONG, G.B.; LEE, T.C. Pharyngogastric Anastomosis after Esophago-Pharyngocomy for Carcinoma of the hypopharynx. *Br. J. Surg.* 48:193, 1960.
- 5) ONG, G.B.; LEE, T.C. *Br. J. Surg.* 48:193, 1960
- 6) PINOTTI, H.; ZILBERSTEIN, B.; POLLARA, W. Esophagectomy without thoracotomy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 152:345, 1981.
- 7) RANGER, D. *Proc. R. Soc. Med.* 57:1099, 1964.
- 8) TURNER, G. Carcinoma of the Oesophagus. The question of its treatment by surgery. *Lancet* 230:130, 1936.
- 9) Von ACH, A. Beitrage zur Oesophagus chirurgie. *Verh. Dtsch. Ges. Chir.* 42:260, 1913.