CIR. DEL URUGUAY, V. 52, No. 3: 289 - 293, mayo/junio 1982

Esofagostomía lateral de derivación

Dres. Germano Ellenbogen, Henrique Walter Pinotti,
Galo Molina Rivadeneira y Arrigo Raia

Los autores presentan una nueva técnica de esofagostomía, asociado al método endoscópico para el abordaje quirúrgico de la región cervical utilizando siempre el esofagoscopio rígido de Chevalier-Jackson 8 x 45 cuya extremidad distal orienta al cirujano para realizar al incisión de la región cervical izquierda en el esófago subyacente, por donde se exterioriza la pinza endoscópica la misma que lleva al interior del esófago la sonda tipo Foley No. 22 previamente preparada.

Fueron operados 16 pacientes, de los cuales 11 con obstrucción del esófago por neoplasia avanzada. Siempre se realizó gastrostomía concomitantemente con la esofagostomía. No hubo morbilidad ni mortalidad por este tipo de cirugía empleada.

INTRODUCCION

Las esofagostomías frecuentemente indicadas para la derivación temporal del contenido esofágico han sido practicadas mediante procedimientos terminales o laterales. Ambos tienen inconvenientes puesto que las laterales no siempre realizan un drenaje eficiente de las secreciones. Cuando se mantiene exteriorizado el esófago sustentándole en asa a través de un tubo rígido (metálico) por formación de escaras del órgano termina transformándose en esofagostomías terminales.

Las terminales muy eficientes en su finalidad determinan gran dificultad en el restablecimiento del tránsito esofágico, ocasionado frecuentemente fístulas y estenósis anatómicas.

Observando en la práctica quirúrgica estas dificultades y procurando evitar esas complicaciones se ideó una nueva técnica de esofagostomía lateral de derivación para uso temporal, siendo muy segura y de fácil ejecución, facilitando su supresión con una total recuperación morfológica y funcional del esófago.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 1o. de julio de 1981.

Profesor Libre Docente de Clínica Quirúrgica de la Facutlad de Medicina del Universidad de Sao Paulo. Profesor Libre Docente de Clínica Quirúrgica. Jefe del Grupo de Esófago de la Disciplina de Cirugía del Aparato Digestivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. Médico Becario de la 1a. Disc. de Cir. del Ap. Dig. FMUSP.

Profesor Titular de la Disciplina de Cirugía del Ap. Digestivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo.

Grupo de Esófago de la Disciplina de Cirugía del Aparato Digestivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo.

INDICACIONES

La esofagostomía de derivación esta indicada en las siguientes situaciones:

a) Obstrucción total del esófago.

b) Perforación accidental, iatrogénica o espontánea.

c) Fístulas esófago-brónquicas o esófago-pleurales.

d) Dehiscencia de anastomosis entre esófago torácico o abdominal con estómago o asas intestinales.

La esofagostomía de derivación cuando esta indicada representa un tratamiento temporal con la finalidad de favorecer la cicatrización del órgano o suprimir las complicaciones de las obstruciones o perforaciones.

El cirujano necesita por lo tanto tomar en consideración que la técnica quirúrgica a ser empleada debe preservar la anatomía del esófago cervical, para no interferir posteriormente en la participación del tránsito alimenticio cuando se suprime la derivación. La esofagostomía lateral de derivación aquí descrita cumple plenamente este objetivo.

METODO

a) Preparación de la sonda:

La sonda utilizada en esta técnica de esofagostomía es de tipo Foley No. 22 con algunas modificaciones. (Fig. 1)

En la porción distal del balón la luz de la sonda es ocluida mediante ligadura con hilo de "Cordonet". Proximalmente al balón se realiza una abertura lateral de 0,5 cm. del lado opuesto en que se encuentra el pasaje del aire al balón de la sonda. Esta modificación tiene la finalidad de una vez introducida la sonda en el esófago al insuflarse el balón ocluye la luz del órgano evitando de esta manera

que bajen las secreciones. El orificio lateral de la sonda permite que las secreciones sean drenadas al exterior.

b) Técnica operatoria:

El paciente colocado en decúbito dorsal con una almohada bajo los hombros, con anestesia general endotraqueal o tópica de la oro e hipofaringe, asociada con infiltración local de la región cervical izquierda, de acuerdo con las condiciones generales del paciente.

La vía de acceso es cervical izquierda (Fig. 2), utilizándose el esofagoscopio rígido Chevalier-Jackson 8 x 45, que es introducido por vía oral llegando cerca de 2 cm. abajo de la pared anterolateral izquierda del esófago, determinando una saliencia en la región cervical izquierda junto al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en un plano horizontal que pasa cerca de 2 cm. abajo del cartílago cricoides.

Orientándose por la elevación de los planos superficiales determinada por la extremidad distal del aparato y por la iluminación dada por la fuente de luz del propio instrumento, se realiza una incisión oblicua en la piel y subcutáneo en una extensión de 1 cm. luego de certificarse por la palpación que no existen vasos importantes interpuestos. Se divulsiona las fibras del músculo platisma exponiéndose el esófago. Se emplea tijera para hacer una pequeña abertura en la pared antero-lateral del esófago, exponiendo la extremidad del esofagoscopio. Por este orificio realizado se exterioriza la pinza endoscópica que sirve de guía para la introducción de la sonda, cuya extremidad es dirigida en sentido distal del órgano. La otra abertura realizada en la sonda próxima al balón, deberá quedar en la luz del esófago para permitir, después de inflar el balón, el drenaje de las secreciones provenientes de la boca, faringe y vías respiratorias (Fig. 3). Se coloca un punto de algodón en el ángulo de la incisión cervical, aproximando sus bordes sobre la sonda y fijando en esta posición para evitar los movimientos.

Siempre se práctico una gastrostomía concomitante. En todos los pacientes el tiempo para la realización de la esofagostomía fue de 10 a 20 minutos.

CASUISTICA

Fueron operados 16 pacientes, cuyas edades variaban entre 17 y 82 años, con una media de 59,8 años.

Del total, 11 pacientes tuvieron obstrucción del esófago por neoplasia avanzada; 6 de los cuales con invasión del árbol respiratorio por el tumor.

La extensión, de la neoplasia contraindicó la resección del esófago en todos estos pacientes.

Un paciente con megaesófago tubo ruptura de la transición esofagogástrica durante la realización de cardiomiectomía. Otro tuvo fístula esofagoyeyunal después de esofagogastrectomía con reconstrucción en Y de Roux por neoplasia de tercio inferior de esófago. Un tercero tuvo perforación del esófago durante la retirada endoscópica de un cuerpo extraño. Otro paciente tuvo perforación del tercio superior del esófago por proyectil de arma de fuego, que también provocó paraplegia.

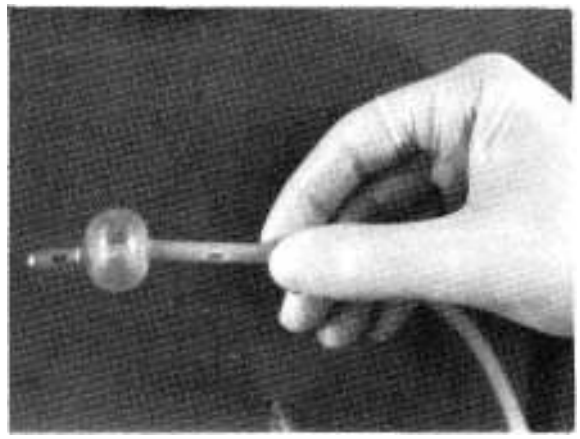

Fig. 1 - Sonda Foley No. 22 insuflada modificada con ligadura distal y orificio proximal.

Fig. 2 - **El esofagoscopio rígido introducido, marca la topografía exacta para realizar la incisión de piel, sobre borde anterior del ECM. Izquierdo**

Fig. 3 - Esquema de la sonda Foley modificada colocada en su lugar.
La pinza a través del esofagoscopio toma la sonda y la coloca en su lugar.

RESULTADOS

a) Accidente Intraoperatorio:
En un paciente se observó sangrado de pequeño volumen para la luz del esófago, que desapareció inmediatamente después de la introducción de la sonda de Foley.

b) Morbilidad:

No se presentó ninguna complicación inmediata.

c) Mortalidad:
No existió mortalidad alguna.
d) Evolución Postoperatoria:
En todos los casos siempre hubo drenaje eficiente de las secreciones esofágicas.

COMENTARIOS

Los esofagostomías tuvieron en el pasado indicaciones principalmente para posibilitar la administración de dieta en pacientes con imposibilidad de deglutir debido a afecciones funcionales y/u orgánicas como casos de neoplasias de la boca o de la región cervical (1, 2, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 21).

El perfeccionamiento de las técnicas de gastrostomías y yeyunostomías con sus respectivas dietas, y el mayor confort que proporcionaba a los pacientes, hizo que las esofagostomía con el objetivo de alimentación fueran perdiendo sus indicaciones.

En la actualidad las esofagostomías han ganado prestigio principalmente con la finalidad de derivación del contenido esofágico.

Cuando una fístula se localiza en el esófago torácico o abdominal sea por perforación o dehiscencia de anastomosis, la contaminación de las cavidades pleural o peritoneal, del mediastino o de las vías respiratorias representa grave riesgo para el paciente y exige tratamiento intensivo inmediato. En esta situación una de las medidas terapéuticas que se impone es la derivación del contenido esofágico alto, mediante esofagostomía cervical (14, 19).

En perforaciones esofágicas ocurre salida de secreción contaminada por la abundante y variada flora bacteriana que existe en la luz del esófago.

En las afecciones orgánicas con oclusión a cualquier nivel del esófago, hay éstasis de residuos alimenticios en descomposición, secreciones de las vías respiratorias y saliva contaminada por la flora bacteriana esofágica. Durante el sueño cuando hay disminución del tono del esfínter faringoesofágico, el contenido del esófago puede refluir y ser aspirado por las vías respiratorias con grave riesgo para el paciente; también en esta situación la esofagostomía de derivación es extremamente útil (17) (Figs. 4 y 5).

En nuestra experiencia como en la de Bezard y col. (5), Urschel y col. (19), es de gran utilidad dejar libre el esófago de su contenido con el fin de evitar las consecuencias señaladas realizando esofagostomía cervical de derivación.

Sea en la fístula esofágica, como también en la obstrucción del órgano, las condiciones generales del paciente estan comprometidas, debiendo el tratamiento ser realizado en forma urgente y con el menor trauma posible. Para alcanzar este objetivo se ideó la técnica de esofagostomía lateral mínima ya descrita, asociando el método endoscópico para abordaje cervical.

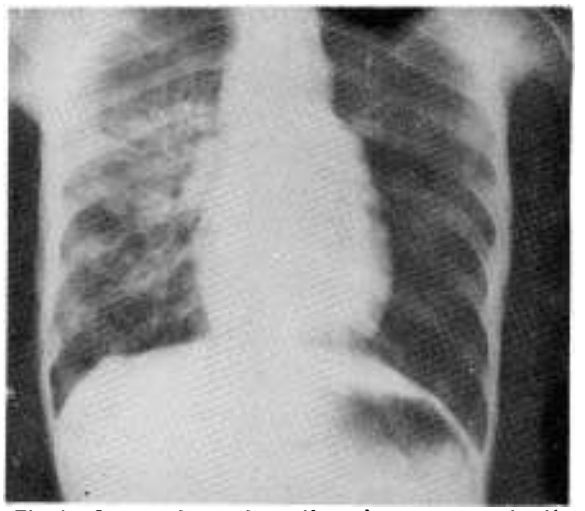

Fig. 4 - Imagen de condensación pulmonar por aspiración del contenido esofágico que refluye.

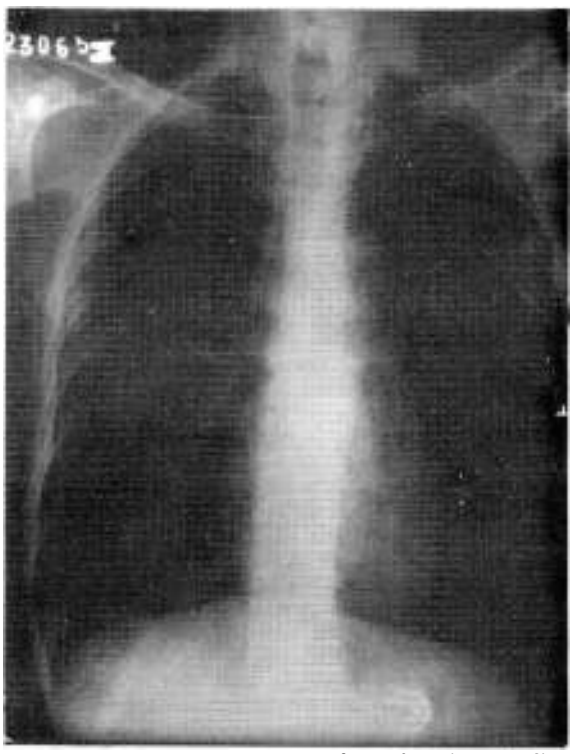

Fig. 5 - Rx. del mismo paciente a los varios días de realizada la esofagostomía Lateral de derivación.

El tratamiento de la fístula u obstrucción esofágica además de la esofagostomía debe ser completada con gastrostomía o yeyunostomía para alimentación, en este caso deberán ser realizadas simultáneamente con la esofagostomía por dos equipos quirúrgicos con la finalidad de no prolongar el tiempo de anestesia.

Fig. 6 - Se observa que la incisión de piel está limitada exactamente al calibre de la sonda Foley.

Otra ventaja de esta técnica de esofagostomía, a más de ser simple y rápida en su realización, es la ausencia de accidentes y complicaciones locales, porque el cirujano palpa la pared lateral del esófago a través de la piel de la región cervical, interpuesto entre el dedo que palpa y la extremidad distal del esofagoscopio, se separa las importantes estructuras vasculares y nerviosas de la región evitando accidentes. Además de esto la cara posterior y media del esófago no son movilizadas sin riesgo de lesionar el nervio laringeo recurrente izquierdo.

La incisión de piel y del esófago, deben ser con una extensión limitada exactamente del calibre de la sonda de Foley (Fig. 6). Esto evita la salida del contenido esofágico por la incisión y su infiltración en la pared cervical ocasionando infección local inmediata o tardía porque no se realizó disección de la región cervical.

Se debe resaltar que la esofagostomía lateral de derivación ya descrita representa un paso importante para preservar la anatomía del esófago. La simple retirada de la sonda de esofagostomía promueve la cicatrización del orificio, permitiendo la reconstrucción de la integridad anatómica y funcional del esófago, sin necesitar reintervención quirúrgica cervical lo que demuestra gran utilidad y ventaja de esta técnica. En la esofagostomía terminal por sección y exteriorización de la extremidad proximal del esófago y en la esofagostomía lateral con desplazamiento del esófago de su lecho, son frecuentes las dehiscencias y estenosis esofágicas a nivel de la anastomosis terminal o sutura de la brecha esofágica practicadas para reconstrucción del tránsito alimentario.

Otra ventaja de la esofagostomía lateral de derivación es la posibilidad de conexión de la sonda de esofagostomía con la gastrostomía, suprimiendo el recipiente colector y permitiendo el aprovechamiento integro de la saliva y sus enzimas muy importantes en la primera fase de la digestión.

Cuando el lugar de la obstrucción o perforación esofágica es en los primeros 7 cm. del órgano y no hay espacio suficiente para acomodar el balón de la sonda de Foley, inflado dentro del esófago por encima de la lesión, la técnica no debe ser utilizada.

CONCLUSIONES

1. La esofagostomía cervical es un procedimiento quirúrgico muy útil en las afecciones del esófago que necesitan de derivación de secreción esofágica, tanto en obstrucciones como en fístulas a cualquier nivel del esófago torácico o abdominal:

a) En procesos obstructivos impide la regurgitación de secreción orofaringea para las vías respiratorias con las consiguientes bronconeumonías, agravando el estado general del paciente.

b) En las afecciones esofágicas con solución de continuidad de sus paredes, desvía la secreción orofaríngea, facilitando el cierre de la fístula.

2. La esofagostomía lateral de derivación es fácil y de rápida ejecución, con trauma quirúrgico mínimo sin determinar accidentes o complicaciones siendo por lo tanto de nula mortalidad.

3. La esofagostomía lateral de derivación, preservando la anatomía del esófago facilita la posterior integridad anatómica y funcional del mismo. Cuando cesa la causa que motivó la derivación, la simple retirada de la sonda permite la cicatrización cervical, sin necesidad de nueva intervención para cerrar la herida.

4. En casos de perforación de esófago cervical o torácico alto, es decir próximo al lugar de la esofagostomía, por falta de espacio suficiente para acomodar el balón de la sonda de Foley sobre la perforación ésta técnica es contraindicada.

SUMMARY

Lateral derivation esophagostomy

The authors presente a new technique in esophagostomy, associated with an endoscopic method for the surgical approach of the cervical region; using the rigid 8 x 45 Chevalier-Jackson esophagoscope, of which the distal extremity guides the surgeon to perform the incision on the left cervical region in the underlying esophagus; through which the endoscopic pliers are exteriorized and used to pull the previously prepared Foley's probe No. 22 into the esophagus.

Sixteen patients were operated on; out of which eleven had advanced neoplastic obstruction of the esophagus.

A concomitant gastrostomy was performed in every case.

There was no mortality or morbility due to this surgical procedure.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACQUARELLI, M.J., FENNO, G. and WARD, P.H.: Cervical Esophagostomy. An improved technique for alimentation of debilitates patient. *Arch Otolaryng.* 96: 453, 1972.
2. BARROSO, F.L., CHATAGNER, R., CALTABIANCO, A.: Esofagostomía cervical lateral. *Arq. Gastroent. (Sao Paulo)* 10: 89, 1973.
3. BARRY, E. and OCHNER, J.: Perforation of the esophagus. A 30 years revies, *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 65: 1, 1973.
4. BERTOIN, P.: L'oesophagostomia: techniques, avantage, risques. *J. Fr. Otorhinolaryngol.* 21: 905, 1972.
5. BEZARD, J., LACAUDE, J., GUIBE, J.P. et al.: Traitement des ruptures spontanées de l'oesophage (Procédé d) oesophagostomie cervicale temporaire). *Ann. Chir.* 27: 267, 1973.
6. BUTLER, F. and COONEY, R.: Cervical esopahgostomy: A modern feeding technique. *J.M. Geriatri. Soc.* 15: 744, 1967.
7. ENGLISH, G., MORFIT, H. and RATZER, E.: Cervical esophagostomy in head and nech cancer. *Arch Otolaryngol.* 92: 335, 1970.
8. FITZ-HUGH, S.G. and SLY, D.: Elective cervical esophagostomy. *Ann. Otol.* 76: 804, 1967.
9. GOOD, R., RAPHATY, F.M.: How to eliminate the nasogastric tube without gastrostomy. Resident and Staff Physician 16: 241, 1970.
10. GRAHAN, W.P. and ROYTER, H.P.: Simplified cervical esophagostomy for long term estraoral feeding. Surg. Gynec. Obst. 125: 127, 1967.
11. HARTWELL Jr. S.M.: Surgical treatment of cervical esophagostomy. *Surg. Clin. N. Amer.* 55: 1103, 1975.
12. KELCHAN, A.S., SMITH, R.: Elective esophagostomy. *Am. J. Surg.*, 10: 682, 1962.
13. KLOOP, C.P. and WASHINTON D.C.: Cervical esophagostomy. *J. Thorac Cardiovasc. Surg.*, 21: 490, 1951.
14. OLACIRAGUI, J.C.: Tratamiento quirúrgico de las esofagitis benignas. *43 Cong. Argent. Cir. 1972.*
15. RAO, K.V.S. and MIR M. COGBILI, C.L.: Management of perforations of the toracic esophagus. A new Technique utilizing a pedicle flap of diafragm. *Am. J. Surg.* 127: 609, 1974.
16. ROSSOF, L. and WHITE, E.J.: Perforations of the esophague. *Am. J. Surg.*, 128: 20, 1974.
17. SHACKELFORD R.T.: Surgery of the alimentary Tract. Philadelphia, Saunders, 1955.
18. TUTTLE, W. and BARRET, R.J.: Late esophageal perforations. *Arch. Surg.* 96: 695, 1963.
19. URSCHEL, Jr. H.C., RAZZUK, M.A., WOOD, R.E. et al.: Improved management of esophageal perforations: exclusion and divertion in continuity. *Ann. Surg.*, 179: 587, 1974.
20. WALLEGHEN, J. and VAN MULLER, H.: Oesophageal perforation. *Br. J. Surg.* 60: 549, 1973.
21. WERE, L., GARRET, W.S., PICKRELL, K.: Cervical esophagostomy: a simplified technique. *Ann. Surg.* 165: 142, 1967.