

La anastomosis esofagogástrica cervical ¿protege de la mediastinitis?

Dres. Alberto Piñeyro, Luis Bergalli,
Guillermo Piacenza, José L. Rodríguez
y Carlos Misa.

Se presentan 4 casos clínico-radiológicos de contaminación mediastino pleural luego de anastomosis esofagogástrica cervical en la cirugía del cáncer de esófago. Se establecen los detalles técnicos necesarios para disminuir al máximo esta complicación de las suturas cervicales.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Esophagus / Surgery, Operative.

SUMMARY: Esophago-gastric cervical anastomosis. Does it protect from mediastinitis?

4 cases of clinico-radiological contamination of pleura and mediastinum after cervical esophago-gastric anastomosis in surgery of esophageal cancer are presented. To avoid this complication of the cervical suture, essential technical details are established.

RÉSUMÉ: L'anastomose esophagogastrique cervicale, protege-t-elle de la mediastinite?

On présente 4 cas clinicoradiologiques de contaminations médiastino-pleurale, à la suite d'une anastomose oesophago-gastrique cervicale dans la chirurgie du cancer de l'oesophage. On énumère les détails techniques nécessaires, afin de diminuer au maximum cette complication des sutures cervicales.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "2" (Director Prof. Dr. Celso Silva). Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

INTRODUCCION

Las anastomosis realizadas con el esófago están sujetas a un mayor índice de fallas que las efectuadas con otros segmentos del tubo digestivo que se encuentran recubiertos de serosa.

Además de la ausencia de protección serosa, su capa muscular es delgada y lacera con facilidad. Su poca movilidad y pobre vascularización contribuyen finalmente a determinar un alto número de dehiscencias de las anastomosis esofágicas.

En los últimos años, numerosos trabajos^(1, 2, 4, 15, 12) señalan como uno de los principales adelantos en la cirugía del esófago, la confección de la anastomosis esofagogástrica a nivel del cuello ya que:

- 1) Permite practicar una esofagectomía casi total, fundamental a la luz de los conocimientos actuales que consideran insuficiente el margen de 5 cm con respecto al límite macroscópico del tumor.
- 2) La sutura a nivel cervical, además de su facilidad de ejecución, pone a cubierto de la grave complicación que significa la mediastinitis por falla de sutura. Si la misma se produce, no ocasiona contaminación mediastinal y si generalmente una fístula cervical de escasa trascendencia y resolución relativamente fácil.

Si bien es conocido el hecho del mayor índice de fallas de sutura en el cuello que en el tórax⁽¹⁴⁾,

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de junio de 1986.

Prof. Adjunto, Prof. Agregado, Ex-Prof. Adjunto, Asistente y Residente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: H. Gutiérrez Ruiz 1116 (Dr. A. Piñeyro).

la gravedad de la falla torácica no es comparable con la falla a nivel cervical. Borst de Hannover⁽³⁾ señala que su grupo de trabajo no tuvo ninguna muerte por dehiscencia anastomótica en el cuello, en cambio 2/3 de los pacientes con falla de sutura en el tórax, fallecieron.

Desde la creación de la Clínica Quirúrgica "2" del Prof. Celso Silva en Abril/84, realizamos la cirugía del cáncer de esófago siguiendo en especial los conceptos de Akiyama^(1, 2). Practicamos en los tumores del 1/3 inferior, la esofagectomía casi total, comenzando por el tiempo abdominal de exploración, luego liberación y preparación del tubo gástrico confeccionado a expensas de la gran curva⁽¹¹⁾.

Luego, realizamos el tiempo torácico, el que hemos obviado en ocasiones, realizando la esofagectomía sin toracotomía preconizada por Orringer^(9, 10) y finalmente un tiempo cervical la realizamos sobre el lado izquierdo del cuello, término lateral a la cara anterior del tubo gástrico, dejándola vecina a los planos superficiales.

En los tumores del 1/3 medio, iniciamos la cirugía casi sistemáticamente por una toracotomía derecha, realizando luego en forma simultánea los tiempos abdominal y cervical.

A pesar de nuestra corta casuística, ya que se trata de la experiencia de un grupo de trabajo de tan sólo 2 años; hemos comprobado entre nuestras complicaciones un hecho clínico, radiológico y autopsico que creemos de interés analizar y que hemos encontrado escasamente mencionado en la bibliografía consultada. A través de la presentación de 4 casos clínicos pretendemos demostrar que la esofagogastrostomía cervical no pone a cubierto totalmente de la contaminación mediastinal en los casos de falla de sutura y que la misma puede ocasionar una mediastinitis de entidad variable. Mc Keown⁽⁸⁾ en su trabajo publicado en 1981 sobre 87 pacientes con sutura cervical, señala 13 muertes (14.9%), de ellas sólo 1 por falla de sutura, la que hizo una mediastinitis. Orringer⁽⁹⁾ en su publicación de 1984 sobre 100 esofagectomías transhiatales sin toracotomía, presenta 5 fallas de sutura, 1 de las cuales presentó una mediastinitis. Kunzle del servicio de cirugía de San Pablo en el año 1985 publica 75 esofagectomías sin toracotomía, con 20 casos de dehiscencia anastomótica, de las cuales 7 se convirtieron en fistulas, 2 de ellas mediastino-pleurales.

Siempre nos había llamado la atención que no se señalara la posibilidad de una contaminación mediastinal en las fallas de sutura a nivel cervical cuando se ha realizado la disección cervico-mediastinal y se ha pasado a tracción el tubo gástri-

co abriendo aún más el pasaje cervico-mediastinal posterior. Es conocido además el hecho de heridas del esófago cervical que en su evolución ocasionan empiema y mediastinitis. Shama y Odeh⁽¹³⁾ de Durban publican 13 heridas de cuello con lesión esofágica, 9 de las cuales presentaron empiema o mediastinitis.

Si bien nuestra serie es pequeña, el haber tenido 4 casos de contaminación clínica y/o radiológica mediastinal a partir de fallas de sutura en el cuello, nos hacen plantear esta posibilidad como cierta. No pretendemos negar las anastomosis cervicales, ya que además de presentar menor índice de contaminación mediastinal en el caso de falla, tiene ventajas oncológicas, permitiendo una exéresis esofágica más extensa, imprescindible a la luz de los conocimientos actuales, en especial para los tumores del 1/3 medio.

CASOS CLINICOS

Caso N° 1: F.R. N° Reg. 7168. Sexo masculino, 60 años. Disfagia orgánica de 2 meses de evolución. Adelgazamiento moderado. El estudio radiológico contrastado mostró una lesión vegetante e infiltrante de 1/3 inferior. La biopsia endoscópica confirmó que se trataba de un carcinoma epidermoide. Proteínemia: 6.20 g%. Albuminemia 3.10 g%. Se operó el 9/84 practicándose una esofagectomía sin toracotomía. Evolución satisfactoria hasta el 9° día. Se realiza estudio contrastado que muestra fuga anastomótica con evidente comunicación mediastinal. De la evolución posterior destacamos: empiema pútrido a izquierda, fístula salival a nivel de la sutura cervical, Ictericia, sepsis y fallece a los 17 días de la operación.

Caso N° 2: A.S. N° Reg. 8175. Sexo masculino, 72 años. Síndrome esofágico de 2 meses de evolución. Adelgazamiento discreto. Lesión vegetante e infiltrante de 1/3 medio de esófago que fue confirmada por radiología y endoscopia. La biopsia mostró un carcinoma epidermoide medianamente diferenciado. La fibrobroncoscopia no reveló lesiones de la vía aérea. Se operó en 12/84, comenzando por una toracotomía derecha de liberación esofágica. Luego una laparotomía de movilización gástrica y confección del tubo gástrico en la forma habitual. Finalmente un tiempo cervical y realización de una esofagogastrostomía sobre el lado izquierdo. Yeyunostomía de alimentación. Postoperatorio satisfactorio. Al 12° día el estudio contrastado evidenció fuga anastomótica con comunicación mediastinal evidente sin manifestaciones clínicas. Se mantuvo alimentación por yeyunostomía por una semana. Buena evolución posterior.

Caso N° 3: F.B. N° Reg. 8506. Sexo femenino, 65 años. Disfagia orgánica y adelgazamiento de 3 meses de evolución. El estudio contrastado y la fibroscopia mostraron una lesión vegetante y estenosante a 32 cm de la arcada dentaria. La biopsia confirmó un carcinoma epidermoide medianamente diferenciado. Se operó 1/85 y se practicó una esofagectomía con toracotomía y anastomosis esofagogástrica cervical. Al 7° día del postoperatorio se constata: empiema pleural derecho, falla de sutura cervical y paciente séptico. Por tubo de tórax se lava con agua oxigenada, saliendo en forma abundante por la cervicotomía, confirmando la amplia comunicación cervico-mediastino-pleural. Fallece en sepsis a los 19 días del postoperatorio.

Caso N° 4: R.B. N° Reg. 5975. Sexo masculino, 43a. Cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por disfagia orgánica y repercusión general. A la radiología y fibroscopia lesión vegetante supracardial a 40 cm de la arcada. Biopsia: adenocarcinoma. Se operó el 5/84 y se practicó una esofagogastrectomía sin toracotomía y sutura cervical. Al 7° día, paciente séptico, empiema pleural derecho. Fallece a los 14 días del postoperatorio, sin evidencias clínicas de falla de sutura a nivel cervical. La necropsia mostró: empiema pleural derecho tabicado y evacuado, empiema pleural izquierdo, mediastinitis, tubo gástrico sin alteraciones, falla de sutura esofagogástrica, absceso de cuello perianastomótico, hepatomegalia y bronconeumonía.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

A la luz de los conocimientos actuales de focos multicéntricos y diseminación submucosa a distancia del tumor primitivo (16-30%)⁽⁵⁾, la exéresis en el cáncer de esófago debe dirigirse al órgano en su totalidad y no a uno de sus segmentos. Es ésta, sin lugar a dudas la crítica principal a la operación de Lewis-Tanner⁽⁷⁾ en especial para los tumores del 1/3 medio del esófago.

Luego de la presentación de estos casos clínicos, no pretendemos negar la realización de la sutura cervical luego de la cirugía de exéresis esofágica. Simplemente señalar como factible la mediastinitis y el empiema pleural, punto escasamente mencionado en la literatura internacional. En el momento de su realización, es necesario seguir determinados detalles técnicos, alguno de los cuales pudo ser el responsable de nuestras complicaciones:

- 1) Movilizar el esófago cervical sólo lo imprescindible, para no desvitalizarlo, dado su escasa vascularización.
- 2) Sutura que quede alta en el cuello para evitar que en su retracción habitual postoperatoria quede emplazada a nivel torácico⁽⁶⁾.
- 3) La sutura debe ser realizada siempre en forma término-lateral, de preferencia a la cara anterior del tubo gástrico, ascendido por vía mediastinal posterior. Esta vía es la de elección⁽¹¹⁾ ya que además de ser la distancia más corta entre el abdomen y el cuello, resulta importante para bloquear el mediastino. Facilita en caso de ser necesarias las dilataciones postoperatorias⁽⁹⁾. En la serie de Orringer cuando se utilizó la vía retroesternal las fallas de sutura alcanzaron el 50%.
- 4) La sutura debe ser dejada vecina a los planos superficiales. Mc Keown⁽⁸⁾ uno de los pocos autores que señala la posibilidad de mediastinitis por falla de sutura en el cuello, afirma que si han quedado dudas sobre la vitalidad de la anastomosis, la misma debe ser anclada a la fascia prevertebral o incluso a los bordes de

piel. De esta forma se podría lograr que si se produce la falla de sutura, la misma quede confinada a los tejidos cervicales.

- 5) A pesar de tomar estas precauciones técnicas, cuando la dehiscencia se instala precozmente, es frecuente la aparición de una mediastinitis que puede acompañarse de sepsis. También se deberá analizar la probable falla en la confección del tubo gástrico como causa de la contaminación mediastinal, cosa que pensamos no aconteció en nuestros pacientes. Si la dehiscencia se establece tardíamente, a consecuencia del bloqueo de las estructuras vecinas, la aparición de mediastinitis es poco probable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AKIYAMA H., MIYAZONO H., TSURUMARU M., HASHIMOTO C., KAWAMURA T. — Use of the stomach as an esophageal substitute. *Ann. Surg.* 188: 606, 1978.
2. AKIYAMA H., TSURUMARU M., KAWAMURA T., ONO Y. — Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus: analysis of lymph node involvement. *Ann. Surg.* 194: 438, 1981.
3. BORST H., DRAGOJEVIC D., STEGMAN T., HETZER R. — Anastomotic leakage, stenosis and reflux after esophageal replacement. *World J. Surg.* 2: 861, 1978.
4. BRESSOLLETTE M., LEGROUX PH., BATAILLE J., RONCE-
RAY J., PLANE P. — L'oesophagectomie sans thoracotomie dans le cancer de l'oesophage. *J. Chir.* 120: 729, 1983.
5. FUENTES P., GIUDICELLI R., RIERA P., PRADOURA J.P., DARMON M., REBOUD E. — Quelle tactique chirurgicale adopter dans le cancer de l'oesophage? *Ann. Chir.* 37: 613, 1983.
6. HENNESSY T.P., O'CONNELL R. — Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the oesophagus. *Br. J. Surg.* 71: 750, 1984.
7. LEWIS I. — The surgical treatment of carcinoma of the oesophagus with special reference to a new operation for growths of the middle third. *Br. J. Surg.* 34: 18, 1946.
8. MC KEOWN K. — Resection of midesophageal carcinoma with esophagogastric anastomosis. *World J. Surg.* 5: 517, 1981.
9. ORRINGER M. — Transhiatal esophagectomy without thoracotomy for carcinoma of the thoracic esophagus. *Ann. Surg.* 200: 282, 1984.
10. PIACENZA G., BERGALLI L., CARRIQUIRY L., PRADINES J., MONTADON P., ROCHA O. — Esofagectomía sin toracotomía en el tratamiento del neoplasma de esófago. *Cir. Uruguay. En prensa.*
11. PRADERI L. — Restablecimiento del tránsito digestivo después de esofagectomía. *Cir. Urug.* 50: 514, 1980. M.R.
12. SCHNEEBERGER G., BERGALLI L., CASTIGLIONI J.C., TORTEROLO E., RINALDI B. — Cáncer de esófago. Experiencia de 7 años sobre 47 casos. *Cir. Urug.* 50: 124, 1980.
13. SHAMA D.M., ODELL J. — Penetrating neck trauma with tracheal and esophageal injuries. *Br. J. Surg.* 71: 534, 1984.
14. SKINNER D.B. — Esophageal reconstruction. *Am. J. Surg.* 139: 810, 1980.

15. STEIGER Z., WILSON R. — Comparison of the results of esophagectomy with and without thoracotomy. Surg. Gynecol. Obstet. 153: 653, 1981.

Dr. PIÑEYRO (cierra la discusión).

Primero, quiero agradecer los comentarios realizados. Contestándolo al Dr. Perdomo, no pretendimos mostrar la experiencia de nuestro servicio en la cirugía de cáncer de esófago, sino simplemente analizar una complicación que hemos tenido con

las anastomosis cervicales y que está escasamente mencionada en la bibliografía consultada.

Referente al comentario del Dr. Matteucci, de los cuatro pacientes presentados, tres fallecieron y ya dijimos que pudieron existir errores técnicos que podrían ser evitados con una mayor experiencia en cirugía esofágica. Sin embargo la mortalidad en la cirugía del cáncer de esófago a nivel mundial sigue siendo alta oscilando las estadísticas entre un 2 y 40%.

Nada más, muchas gracias.