

Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. Procedimiento de Ivor Lewis.

Dres: Daniel González⁽¹⁾, Alvaro Vega⁽¹⁾, José Montí⁽¹⁾, Francisco Di Leoni⁽²⁾,
Marcos Torres⁽¹⁾

Resumen

El cáncer de esófago se caracteriza en nuestro país por su alta incidencia y presentarse en estadios avanzados de la enfermedad. Este último hecho determina que el tratamiento quirúrgico se emprenda en la mayor parte de ellos con un criterio paliativo.

Para ello, son diversas las técnicas propuestas. En el presente trabajo se comunica la experiencia con el procedimiento de Ivor Lewis llevado a cabo en la ciudad de Florida en un período de 32 años.

La misma se compone de una primera serie de 43 pacientes operados en el período 1970-1986, en la cual la morbilidad fue de 60%, la mortalidad de 11,62% y la sobrevida global de 20,2 meses.

En la segunda, con 29 casos en el período 1987-

2002, la morbilidad ascendió a 30%, mortalidad 10,3% y la sobrevida global de 19,8 meses.

Palabras Clave:

Neoplasmas del esófago

Abstract

Esophageal cancer has high incidence in Uruguay and is generally detected when it has reached an advanced stage of the disease. This latter fact determines that surgical treatment be undertaken in the majority of cases merely for palliative purposes.

May are the techniques proposed to this effect. This paper describes the Ivor Lewis procedure applied in the city of Florida (Uruguay), over a 32 year period.

It describes a first series of 43 patients operated over the period 1970-1986, in which morbidity amounted to 60%, mortality was 11.62% and overall survival was 20.2 months.

During the second series comprising 29 cases over the period 1987-2002, morbidity was 30%, mortality 10.3% and overall survival was 19.8 months.

Key words:

Esophageal Neoplasms

Presentado como tema libre en las VIII Jornadas de Cirugía de Tórax. 54 Congreso Uruguayo de Cirugía. 28 de noviembre de 2003. Colonia. Uruguay.

⁽¹⁾ Médico Cirujano del Hospital de Florida y Cooperativa Médica de Florida

⁽²⁾ Jefe de los Departamentos de Cirugía del Hospital de Florida y Cooperativa Médica de Florida

Correspondencia: Daniel González

Atanasio Sierra 3653, Florida, 94.000

Tel. 03527221

Correo electrónico: danielgg@adinet.com.uy

Introducción

El cáncer de esófago es una patología con alta incidencia en nuestro país cuyas cifras oscilan entre 10 a 20 nuevos casos por 100.000 habitantes por año. Similar consideración merece la mortalidad, la que se estima en 9 casos por 100.000 habitantes⁽¹⁾.

Lo habitual es su presentación en estadios avanzados con las implicancias que ello significa en cuanto a operabilidad, reseccabilidad y criterio con el que se emprende el tratamiento quirúrgico.

Lo anterior queda demostrado por Bergalli⁽²⁾ donde en el período comprendido entre los años 1984 y 1994 en el Hospital Maciel, fueron operados el 48,7% de los casos, de los cuales la reseccabilidad fue de 84,7% y la mortalidad operatoria de 32%. Estas cifras en los dos años siguientes fueron más alentadoras con una operabilidad de 55%, reseccabilidad de 90% y mortalidad operatoria de 10%.

El objetivo de esta presentación es comunicar la experiencia del grupo quirúrgico de la Ciudad de Florida en el tratamiento del cáncer de esófago mediante la técnica de Ivor Lewis.

Material y métodos

Se analizan en forma retrospectiva dos series de pacientes operados en la ciudad de Florida mediante la técnica de Ivor Lewis.

La misma se basó en la revisión de historias clínicas de dos centros asistenciales, Hospital Florida y Cooperativa Médica de Florida.

La primera de ellas comprende el período que se extiende entre los años 1970-1986.

La segunda entre 1987-2002. Con respecto a esta última conocemos la existencia de un subregistro dado que no pudimos acceder a las historias clínicas de la Cooperativa Médica de Florida, en el período comprendido entre los años 1987-1995.

Resultados

La primer serie consta de 43 casos, de los cuales 33 correspondieron al sexo masculino y 10 al femenino. La edad promedio fue de 61,6 años con un mínimo de 46 y máximo de 88 años.

Con respecto a la topografía 22 se ubicaron en el tercio medio, 13 en el inferior y 8 en la unión de ambos.

La morbilidad fue de 60% (26 casos), en tanto la mortalidad de 11,62% (5 casos). Los mismos correspondieron a una rotura de aorta intraoperatoria, sepsis por empiema, insuficiencia respiratoria, un paciente que se evisceró en domicilio permaneciendo varios días sin consultar en esta situación y en el restante se desconoce la causa de muerte.

El promedio de estadía hospitalaria fue de 16,6 días.

El promedio de sobrevida de 20,2 meses y la sobrevida a 5 años de 6,97%.

En la segunda serie, 29 fueron los casos, de los cuales 21 fueron del sexo masculino y 8 del femenino.

El promedio de edad fue de 65,3 años, con una mínima de 46 y máxima de 76 años.

El 66% correspondió al tercio medio, 22,2% al inferior y 11,1% en la unión de ambos.

La totalidad de los casos fueron cánceres avanzados, correspondiendo el 90% de los mismos a la variedad histológica epidermoide y 10% adenocarcinoma.

El postoperatorio transcurrió en el 90% de los casos en sala de cirugía general y 10% en CTI.

La morbilidad fue de 30% y la mortalidad de 10,3%.

La sobrevida fue de 19,8 meses.

Discusión y comentarios

La técnica quirúrgica empleada en el tratamiento del cáncer de esófago es motivo de debate,

existiendo numerosos partidarios de cada una de ellas. La controversia es aún mayor cuando se consideran aquellas que emplean un abordaje torácico y las que lo realizan procedimientos trans-torácicos. Diversos son los trabajos que comparan los resultados de ambos.

La técnica que se utiliza con más frecuencia en el mundo para el carcinoma del tercio medio e inferior del esófago incluyendo el cardias, es la técnica que presentó Lewis en 1946⁽³⁾. En nuestro país es Soto Blanco⁽⁴⁾ quien primero lo realiza. Posteriormente, Cosco Montaldo⁽⁴⁾ en 1955 la considera como la vía de abordaje del futuro para los cánceres de tercio medio de esófago. Este mismo autor, un año después comunica su experiencia de 5 casos resecaados, siendo su mortalidad operatoria de uno⁽⁵⁾.

Se suman a la casuística nacional 2 y 7 casos de Praderi⁽⁶⁾ y Albo⁽⁷⁾ en los años 1960 y 1969 respectivamente sin mortalidad operatoria.

En tanto la técnica transhiatal la describió originalmente Denk⁽⁸⁾ en 1913 pero no se constituyó en una modalidad aceptada hasta que la popularizó Orringer⁽⁹⁾ en 1978. Este procedimiento tiene la ventaja teórica de practicar anastomosis en el cuello y evitar una toracotomía.

Por la importancia en el número de pacientes incluidos en cada grupo, citamos a Rindani⁽¹⁰⁾ quien analiza 44 series publicadas entre los años 1986 y 1996 de las cuales existen 2675 casos operados mediante un abordaje transhiatal y 2802 mediante el procedimiento de Ivor Lewis. Ambas son comparables con respecto a la edad, sexo y estadio.

En lo referente a la morbilidad, las cifras presentadas, son comparables a la del trabajo de referencia (Tabla 1). Globalmente la misma oscila entre 37,7 y 42,1%^(11, 12).

La mortalidad con la transhiatal es de 6,3% y con Ivor Lewis 9,5%.

Otros series internacionales muestran mortalidad de 5% para la transhiatal⁽¹³⁾, y entre 1,4 y 6,1%

para el procedimiento de Ivor Lewis^(11, 12, 14, 15).

Por otro lado, existen trabajos que no encuentran diferencias significativas entre ambos procedimientos^(16, 17).

En la experiencia nacional, la mortalidad comunicada por Vivas⁽¹⁸⁾ en un análisis de 10 años en el tratamiento del cáncer de esófago en el Hospital Maciel, es menor con el abordaje por toracotomía con 29%, siendo para la transhiatal de 35,7%. Sin embargo Henderson⁽¹⁹⁾ sobre 50 esofagectomías por cáncer realizadas en el Hospital Maciel en el período 1991-1995, en que la mortalidad operatoria ascendió a 24%, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, favorable a la transhiatal.

Las cifras de 11,65% y 10,3% de la primera y segunda serie de nuestra casuística respectivamente, se aproximan a la de la experiencia internacional.

La sobrevida a 5 años es muy similar con ambas, la primera de 24% y la segunda 25%. Estas cifras son claramente superiores a las reportadas en la primer serie.

Conclusiones

Los 32 años de experiencia con el procedimiento de Ivor Lewis llevado a cabo por el grupo quirúrgico de la ciudad de Florida es comparable a las grandes series internacionales.

MORBILIDAD	TRANSHIATAL	IVOR LEWIS
Respiratoria	24%	25%
Cardiovascular	12,4%	10,5%
Infección de la herida	8,8%	6,2%
Quilotórax	2,1%	3,4%
Estenosis	28%	16%
Lesión recurrencial	11,2%	4,8%

Tabla 1. Morbilidad de los procedimientos transhiatales e Ivor Lewis presentados en el trabajo de Rindani⁽¹⁰⁾.

Si bien no desconocemos las cualidades de otros procedimientos, creemos que la transmisión de generación a generación del procedimiento de Ivor Lewis y la familiarización con la técnica son los elementos capitales que han llevado a su imposición.

Bibliografía

- (1) Vasallo J. Cánceres de esófago, estómago y colo-recto. Su ubicación actual en el Uruguay. *Lucha Contra el Cáncer*. 1996; 1(1): 7-8.
- (2) Bergalli L. Cáncer de esófago. *Lucha Contra el Cáncer*. 1996; 1(1): 17-22.
- (3) Lewis I. The surgical treatment of carcinoma of the oesophagus with special reference to the new operation for growths in the middle third. *Br J Surg*. 1946; 34: 18-31.
- (4) Cosco Montaldo H. Neoplasma del tercio medio de esófago. La vía combinada abdominal y torácica derecha. *Bol Soc Cir Uruguay*. 1955; 26(4/5): 497-511.
- (5) Cosco Montaldo H. Cirugía del neoplasma de esófago por vía combinada abdominal y torácica derecha. *Bol Soc Cir Uruguay*. 1956; 27(5): 538-52.
- (6) Praderi L. Neoplasma de esófago. A propósito de 8 resecciones subaórticas. Evolución alejada. *Bol Soc Cir Uruguay*. 1960; 31(5/6):255-77.
- (7) Albo M, Rubio R. Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. *Cir Uruguay*. 1969; 39(3/4):80-6.
- (8) Denk W. Zur radikaloperation des oesophaguskarzinoms. *Zentralbl Chir*. 1913; 40: 1065.
- (9) Orringer M, Sloan H. Esophagectomy without thoracotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1978; 76:643-54.
- (10) Rindani R, Martin Ch, Cox M. Transhiatal versus Ivor Lewis oesophagectomy: is there a difference?. *Aust N Z J Surg*. 1999; 69: 187-94.
- (11) Visbal A, Allen M, Miller D, Deschamps C, Trastek V, Pairolero P. Ivor Lewis esophagogastrectomy for esophageal cancer. *Ann Thorac Surg*. 2001; 71(6): 1803-8.
- (12) Stilidi I, Davydov M, Bokhyan V, Suleymanov E. Subtotal esophagectomy with extended 2 field lymph node dissection for thoracic esophageal cancer. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003; 23(3): 415-20.
- (13) Orringer M, Marshall B, Stirling M. Transhiatal esophagectomy for benign and malignant disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1993; 105: 265-77.
- (14) Mathisen D. Ivor Lewis procedure. In: Pearson F. *Esophageal Surgery*. New York: Churchill Livingstone; 1995. p. 669-82.
- (15) Lozac'h P, Topart P, Perramant M. Ivor Lewis procedure for epidermoid carcinoma of the esophagus. *Semin Surg Oncol*. 1997; 13(4):238-44.
- (16) Gluch L, Smith R, Bambach C, Brown A. Comparison of outcomes following transhiatal or Ivor Lewis esophagectomy for esophageal carcinoma. *World J Surg*. 1999; 23(3):271-75.
- (17) Pommier R, Vetto J, Ferris B, Wilmarth T. Relationships between operative approaches and outcomes in esophageal cancer. *Am J Surg*. 1998; 175(5):422-25.
- (18) Vivas C, Neirotti R, Caviglia P, Giossa W, Rodríguez J. Diez años de experiencia en la cirugía del cáncer de esófago. *Rev Hosp Maciel*. 1997; 1(1): 4-8.
- (19) Henderson E. Las esofagectomías por cáncer. ¿Pueden mejorarse los resultados en el Uruguay?. Tesis de Docencia. Facultad de Medicina. Montevideo. 1998.