

Servicio de Cirugía General y Neurológica. Hospital Rawson.
Pabellón 2, Sala 6. Jefe: Profesor Dr. Ricardo Finochietto.

*ESTUDIO CLINICO Y RADIOLOGICO SOBRE LAS
ADE. OPATIAS NEOPLASICAS DEL CANCER
DEL ESOFAGO TORACICO (*)*

Dr. J. Horacio Resano

(Jefe de la Sección de Enfermedades y Cirugía del esófago)

El alto honor que significa para mí ocupar esta prestigiosa tribuna, debo interpretarlo y aceptarlo como una honrosa distinción que tiene la Sociedad de Cirugía del Uruguay, para mis maestros Enrique y Ricardo Finochietto.

En la cirugía radical del cáncer de esófago se plantean dos problemas: el de la extirpación del tumor y el vaciamiento de los ganglios.

El esófago tiene dos características anatómicas que hacen problemáticos los resultados de la cirugía radical del cáncer de esófago: uno es la escasa irrigación arterial ya que el esófago es la viscera más pobremente irrigada del organismo; y la otra es que el esófago es uno de los órganos que posee la más rica irrigación linfática, es decir que existen numerosas puertas y caminos para la propagación linfática del epiteloma. Estos dos hechos: la gran pobreza de irrigación sanguínea (isquemia del muñón esofágico) y la gran riqueza linfática (diseminación del carcinoma) colocan a este órgano en condiciones desventajosas para intentar la cirugía radical del cáncer de esófago.

El esquema N° 1 (sacado de Gibbons) es una representación esquemática de los grupos ganglionares cérvico-tóraco-abdominales; este esquema no es útil para nuestro estudio. La disposición de los ganglios, que está más cerca de la realidad, según nuestra experiencia, es la representada en el esquema N° 2.

(*) Esta comunicación fué presentada en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el día 7 de agosto de 1946.

El cáncer del esófago se propaga primero a los ganglios que están directamente conectados con la zona neoplásica. A estos ganglios directamente tributarios del carcinoma se los denomina ganglios regionales, pero es mejor adoptar la denominación propuesta por Rouvière, quien dice que la designación de ganglios regionales es inconveniente porque un mismo ganglio puede recibir linfa de varios órganos, siendo mejor llamarlos primer escalón ganglionar; y de acuerdo al grado de propagación es lógico que los dividamos en tres escalones que teóricamente repre-

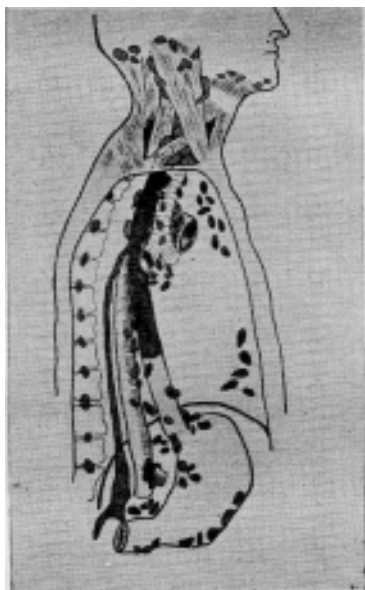


FIG. 1. — Esquema de Mac Gibbons para los territorios ganglionares del esófago y del estómago.

sentarán otras tantas barreras; el primer escalón ganglionar que corresponde a la primera etapa de invasión ganglionar es el de los clásicos ganglios regionales que varían según en qué segmento del esófago esté localizado el carcinoma.

La segunda etapa ganglionar es una etapa de invasión linfática extensa y toma otros grupos ganglionares más alejados del foco primitivo neoplásico; y el tercer escalón ganglionar, que sería la invasión ganglionar difusa, la ruptura de todas las barreras linfáticas.

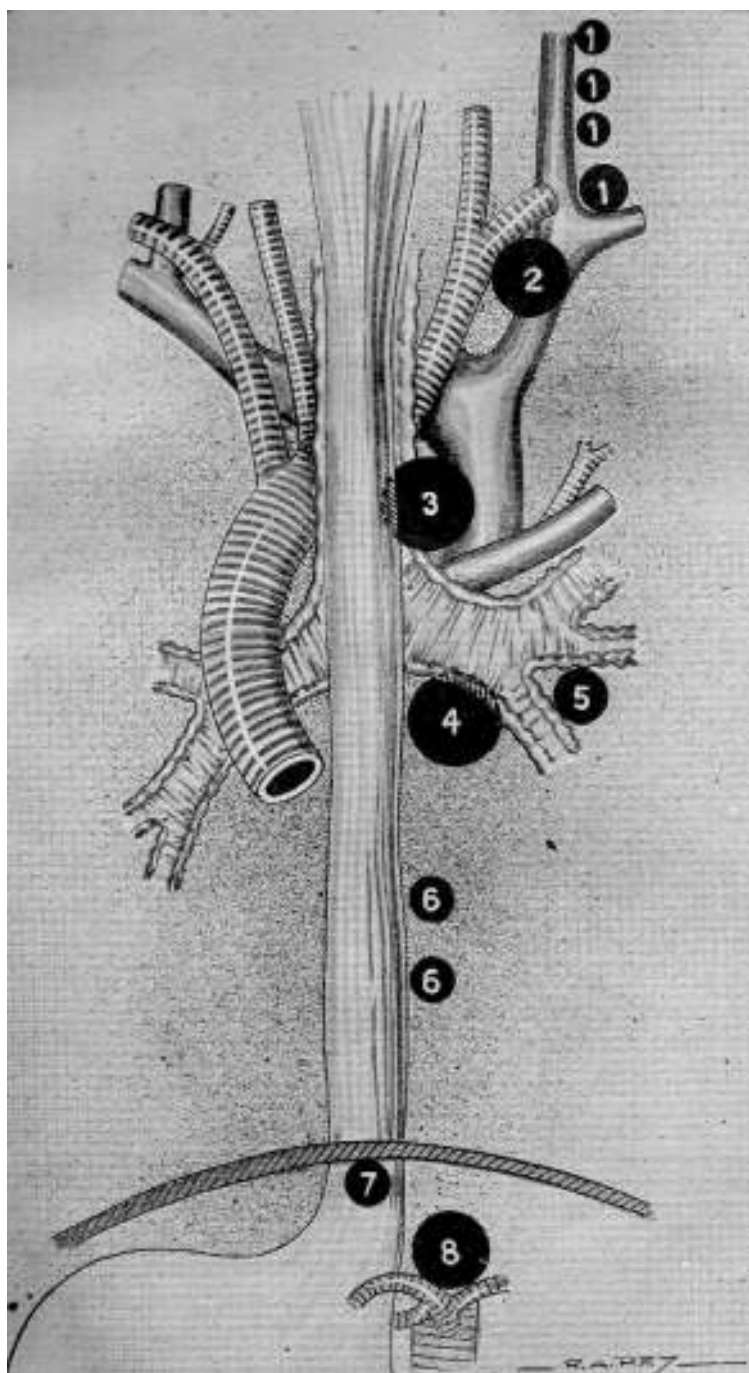


FIG. 2. — Territorios ganglionares en directa conexión con el esófago y en el que con más frecuencia hemos encontrado con metástasis. 1. Cadena ganglionar de la vena yugular. 2. Ganglio situado en el origen de la arteria subclavia derecha. 3. Ganglio pretraqueal derecho. 4. Ganglios de la bifurcación traqueobronquial. 5. Ganglio en el pedículo pulmonar derecho, cara posterior. 6. Ganglio peri-esofágico de Vesalio. 7. Ganglios cardíacos. 8. Ganglios en origen y trayecto de arteria coronaria.

El esquema N° 2 simplifica la búsqueda de las metástasis ganglionares. Un concepto simplista de la diseminación de éstas, es suponer que son metaméricas; o sea que el cáncer del esófago cervical da metástasis en los ganglios cervicales, el torácico en

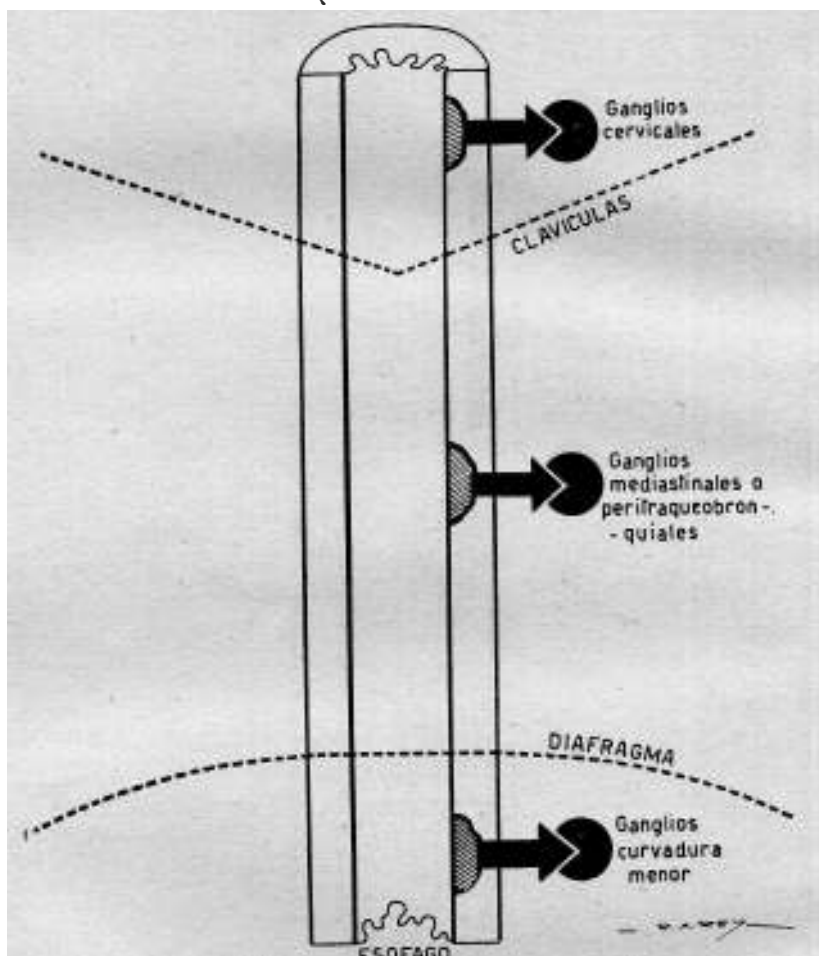
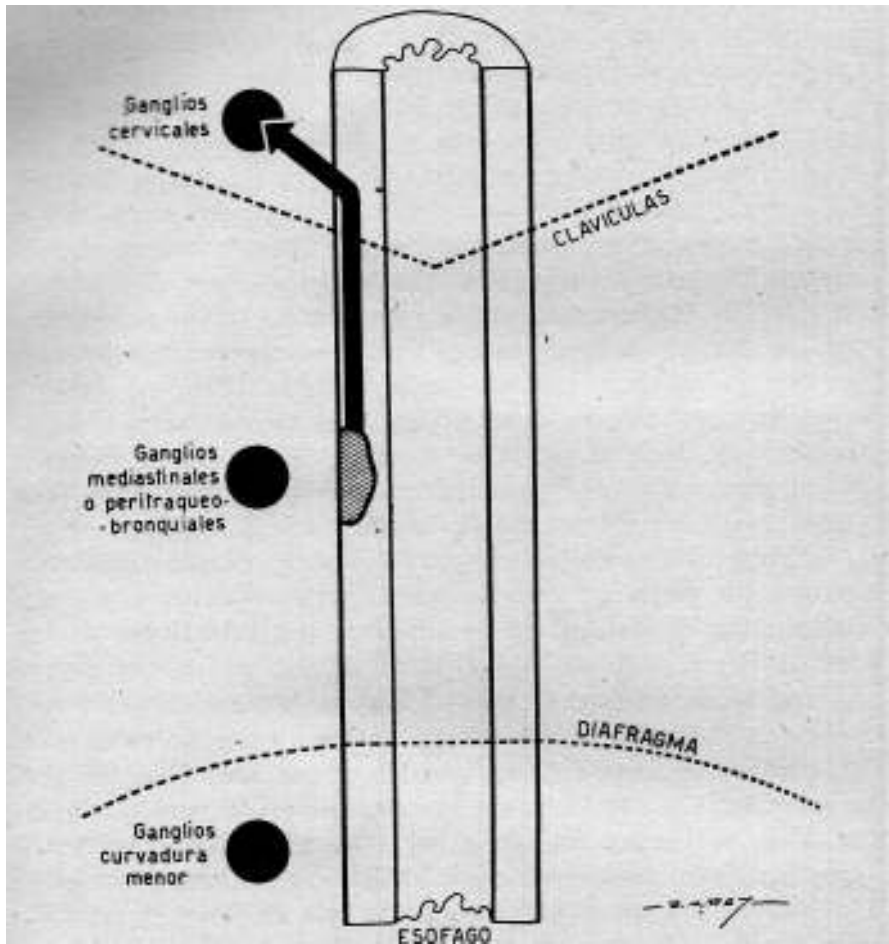


FIG. 3. — Este esquema que representa la diseminación linfática metamérica, es lo que generalmente se cree de una manera simplista sobre la existencia de las adenopatías carcinomatosas.

los ganglios torácicos y el abdominal en los ganglios abdominales (esquema 3); pero en la realidad las cosas pueden suceder de distinta manera por la existencia de conductos linfáticos de trayecto submucoso o intramuscular, que desde el punto de origen,

en un segmento de esófago torácico, recorren un largo trayecto submucoso o intramuscular para ir a terminar en ganglio situados a gran distancia y extratorácicos (esquema 4) siendo posible que un cáncer de esófago, situado, por ejemplo, a nivel



sino que, por la existencia de largos conductos linfáticos submucosos o intramusculares, pueden dar primero la adenopatía carcinomatosa no en el ganglio adyacente sino saltar varios ganglios y dar metástasis en un ganglio alejado.

de la bifurcación traqueal, dé primero adenopatías neoplásicas en el vértice del tórax o en el abdomen y no en los ganglios adyacentes de la bifurcación traqueal.

En síntesis, el médico debe saber que: 1º El esófago tiene una red linfática muy rica, altamente propicia para la diseminación del carcinoma, y 2º Que aunque existen determinadas y preferentes estaciones ganglionares las metástasis ganglionares no son metaméricas, pueden estar a distinta altura y ser también de otra región, por ejemplo un carcinoma torácico dar metástasis ganglionares abdominales o cervicales.

El cirujano necesita saber, de acuerdo a la localización de un cáncer en determinada zona del esófago, cuáles serían los ganglios más frecuentemente afectados; para ello podría recurrir a las estadísticas basadas en material de autopsias, sobre todo a la de Dormann, Raven, etc. Pero estas series informan globalmente sobre la frecuencia de la invasión ganglionar; sirven para dar idea de la frecuencia de la propagación linfática con respecto a la visceral, porque en estas observaciones autópsicas no hay discriminación anatómica exacta de los ganglios; así por ej.: engloban en conjunto a todos los ganglios mediastinales o para-traqueales y desde el punto de vista quirúrgico, de la exéresis ganglionar, es muy distinto un ganglio de la bifurcación, de otro pretraqueal o de un ganglio periesofágico de Vesalio.

Este problema de las adenopatías del cáncer del esófago no creemos que puede ser resuelto satisfactoriamente por el estudio realizado en los anfiteatros de anatomía por inyecciones de las vías linfáticas.

Las bases quirúrgicas para el vaciamiento ganglionar sistemático en el carcinoma del esófago torácico, exige un estudio de las adenopatías, que está en revisión y que será obtenido por la investigación minuciosa en grandes series de operados o de autopsias realizadas con un criterio de aplicación quirúrgica, investigando en numerosos casos cuáles son los grupos ganglionares afectados por el cáncer de cada una de las regiones quirúrgicas del esófago y en qué proporción son afectadas.

La investigación de las adenopatías neoplásicas puede ser realizada: 1º clínicamente; 2º radiológicamente y 3º anatómicamente.

1º *Clínicamente.* — La palpación permite descubrirlas cuando se trata de ganglios situados en las zonas superficiales, accesibles a la exploración clínica, por ej.: los ganglios supraclaviculares, carotideos, axilares. Las características que se descri-

ben para el ganglio neoplásico son: agrandado de volumen, duro e indoloro. Puede estar fijo a los tejidos o ser movable, según que exista o no periadenitis.

El ganglio neoplásico para poder ser perceptible a la palpación tiene que tener cierto tamaño, de modo que su no palpación no excluye su existencia, pues hemos encontrado a veces durante la operación, micro-poliadenopatías neoplásicas de tamaño de lentejas, que pasaron inadvertidas al examen clínico.

Hemos encontrado metástasis ganglionares palpables sobre un total de 500 carcinomas de esófago en:

Cáncer de esófago de "pars bifurcalis" (larga evolución, tinte pajizo)	3 veces (ganglios de la cadena yugular y supraclaviculares)
Cáncer de esófago cervical y cérvico-torácico	3 veces (cadena yugular y supraclaviculares)
Cáncer de esófago de la "pars hiliars"	1 vez (ganglio axilar)
Cáncer de esófago tercio inferior (existía una carcinomatosis peritoneal)	1 vez (ganglio inguinal)

Con excepción de los pacientes con carcinoma de esófago cervical y cérvico-torácico, en los otros pacientes se trataba de carcinomas de gran volumen acompañado de pésimo estado general y de signos que revelaban a un carcinoma complicado: fiebre, parálisis recurrencial, fístula esófago-bronquial.

En el cáncer de esófago cervical y cérvico-torácico hemos encontrado pequeños nódulos ganglionares. En la operación se encontró un pequeño tumor fácilmente extirpable y se pudo realizar un vaciamiento ganglionar satisfactorio.

Queremos consignar un hecho: el de un paciente que después de una gripe presentó una adenopatía cervical derecha en la parte media de la cadena yugular. Esta adenopatía, de naturaleza desconocida, quedó en observación durante seis meses, hasta que al cabo de este tiempo apareció la disfagia y el estudio radiológico-endoscópico denunció un cáncer de esófago cervical. Este hecho clínico de inversión de la sucesión de los fenómenos clínicos, — primero aparición de la adenopatía y segundo signos

clínicos del carcinoma — ha sido descrito por Watson y colaboradores.

Conclusión sobre la palpación de las adenopatías neoplásicas. En el cáncer de esófago (a excepción del cervical y cervico-torácico) la existencia de ganglios neoplásicos palpables es excepcional, y coexiste con grandes carcinomas complicados y péximo estado general.

Ante la existencia en un adulto de una adenopatía cervical de etiología indeterminada, el médico debe considerar como incompleta la investigación clínica hasta realizar un estudio radiológico-endoscópico del esófago.

Ganglios torácicos o mediastinales. — La cadena ganglionar situada en el mediastino posterior es, por supuesto, inaccesible a la palpación. Cabe preguntarse mediante qué medios de exploración podrían ser descubiertas las metástasis ganglionares. Hace unos 10 años cuando era cirujano general, un familiar mío fué atacado por un cáncer del esófago torácico. En busca de consejo consulté a varios médicos, entre ellos a un distinguido profesor de patología, quien me preguntó si existían ganglios. Le contesté que no se palpaba ningún ganglio. El profesor replicó que no se refería a los ganglios cervicales que en esta localización no existían, sino a los mediastinales e indicó que para descubrirlos había que sacar cuatro radiografías de mediastino en las cuatro oblicuas y una frontal de tórax.

Cuando me dediqué a esta enfermedad, investigué este hecho sistemáticamente y pude observar, unas veces en la radiografía simple del mediastino posterior y otras veces con el esófago relleno, la existencia de ganglios situados en la vecindad del carcinoma.

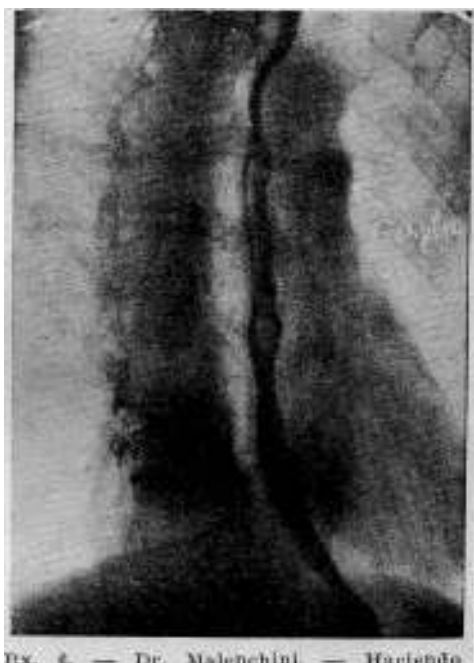
Yo trataré de mostrar con hechos clínicos y anátomo-patológicos los siguientes puntos:

1. Falsa superposición en el mediastino posterior de la sombra de un ganglio con imagen del esófago.
2. Para que la adenopatía sea visible es necesario que su opacidad esté aumentada por un proceso como la calcificación.
3. El ganglio neoplásico es transparente radiológicamente.

1. He aquí un ejemplo de superposición de la imagen del esófago con la imagen de un ganglio. Esta radiografía (Rx. 5)



Rx. 5. — Dr. Malenchini. — Superposición de una sombra ganglionar con la imagen del conducto esofágico relleno con mezcla opaca.



Rx. 6. — Dr. Malenchini. — Haciendo rotar al paciente, las sombras esofágica y la ganglionar se separan demostrando que es una pseudo yuxtaposición.

pertenece a una señora de edad, con disfagia y que endoscópicamente no tenía lesión neoplásica; esta única radiografía podría prestarse a muchas interpretaciones de la disfagia, para suponer una lesión extrínseca de la pared del esófago por la periadenitis, etc., pero sacando la radiografía en otra incidencia, la sombra ganglionar se separa de la imagen radiológica del esófago superponiéndose con la sombra de una costilla (Rx. 6).

Este otro caso (Rx 7) es un tumor del tercio inferior del esófago. A pocos centímetros por encima del tumor se visualiza una sombra redondeada que parece corresponder a un ganglio. En la operación se encontró un pequeño ganglio neoplásico, pero no el que se ve en la radiografía. La explicación se obtuvo en el post-operatorio al sacarle una radiografía frontal para descubrir (Rx. 8) si existía derrame, atelectasia, etc. Allí se vió que la sombra ganglionar yuxta-tumoral era un ganglio calcificado del hilio derecho. Otra observación que merece ser mostrada es el de una enferma que radiológicamente tenía un tumor esofá-



Rx. 7. — Dr. Malenchini. — Tumor del tercio inferior del esófago por encima y adelante la sombra redondeada de un ganglio.



Rex. 8. — Dr. Malenchini. — Rx. frontal. Es un ganglio que está situado en la región hiliar derecha.

gico (Rx. 9) de unos 11 cms. de longitud. Alrededor de la sombra tumoral existen en el mediastino posterior numerosas imágenes, más evidentes en la radiografía simple de mediastino posterior (Rx. 10), que por el tamaño y forma parecen corresponder a otros tantos ganglios. Se visualizan aún mejor los ganglios en la radiografía frontal del tórax (Rx. 11) observándose que estos ganglios corresponden a sombras calcificadas, algunas yuxta-hiliares y otras diseminadas por el parénquima pulmonar. Estas tres observaciones demuestran que a causa de la incidencia de los rayos se pueden superponer falsamente la sombra de un ganglio con la imagen del esófago, y que el estudio radiológico permite demostrar la independencia entre ambas sombras.

2. Para que la adenopatía se visualice radiológicamente es necesario que esté aumentada su opacidad. Estas radiografías pertenecen a una señora que tenía disfagia desde hacía tres meses; como ustedes ven (Rx. 12 y 13) es una estenosis del esófago



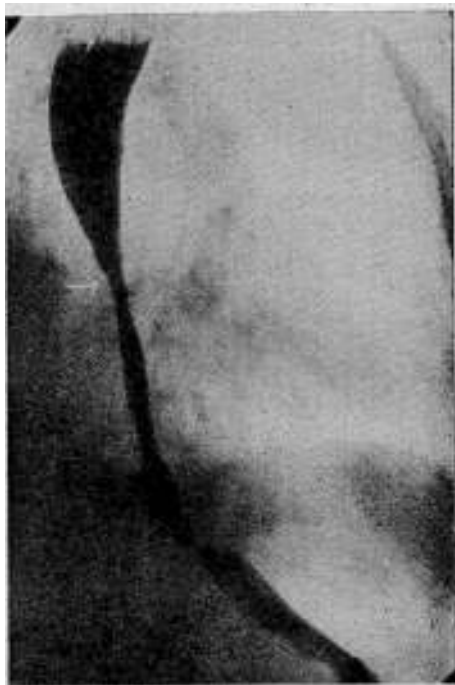
Rx. 9. — Dr. Malenchini. — Cáncer que desde el borde inferior del cayado de la aorta prolóngase hasta 4 cms. por encima del diafragma.



Fx. 20. — Dr. Malenchini. — En el mediastino posterior, varias sombras ganglionares.



Rx. 11. — Dr. Malenchini. — El tórax de frente aclara que son sombras calcificadas diseminadas en el pulmón, que nada tienen que ver con el mediastino posterior.



Rx. 12. — Dr. Malenchini.

Rx. 13. — Dr. Malenchini.

Rx. 12 y 13. — Dr. Malenchini. — Compresión extrínseca circular del esófago por ganglios neoplásicos de origen extraesofágico que dan una estenosis esofágica con dilatación supra-estructural.

de bordes lisos situada a nivel de la bifurcación traqueal. Endoscópicamente el anillo de estenosis estaba recubierto de mucosa normal, habiendo sido la biopsia negativa; la enferma falleció sin que pudiéramos ni siquiera hacer un diagnóstico de presunción de la etiología de la estenosis. La autopsia mostró que la estrechez esofágica era debida a un collar de ganglios neoplásicos metastásicos de una gran úlcera cancerificada de parte alta de curvatura menor; ese collar ganglionar estrangulaba circularmente al esófago y determinaba una estenosis circular. Debo aclarar que este caso de compresión extrínseca circular es un hecho absolutamente excepcional pues en las pocas veces que hemos visto la compresión del esófago por un ganglio (Rx. 14) la imagen es típica de una compresión extrínseca, deformación redondeada unilateral. Esta radiografía es de un paciente que tenía un cáncer

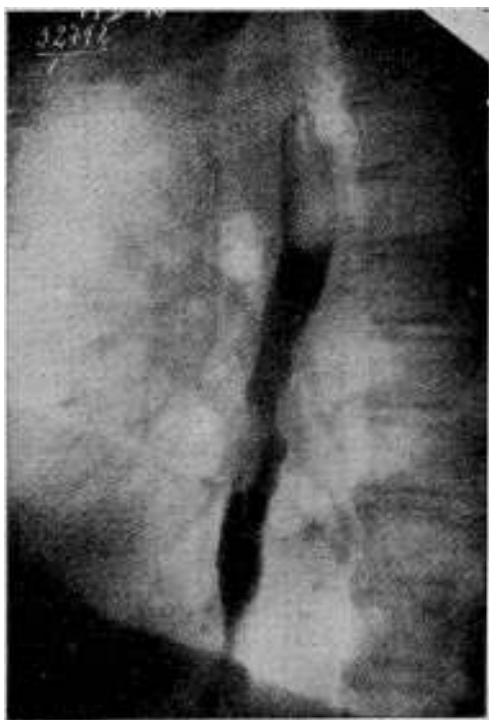
del pulmón derecho; el único síntoma era la disfagia muy acentuada, que comenzó bruscamente.

3. Y por último he aquí esta radiografía: es un cáncer del esófago situado a nivel de la "pars hiliars". Radiológicamente (Rx. 15 - 16), no se ven sombras ganglionares; pues bien éste es el caso en que, de todos los que he operado, tenía más grandes

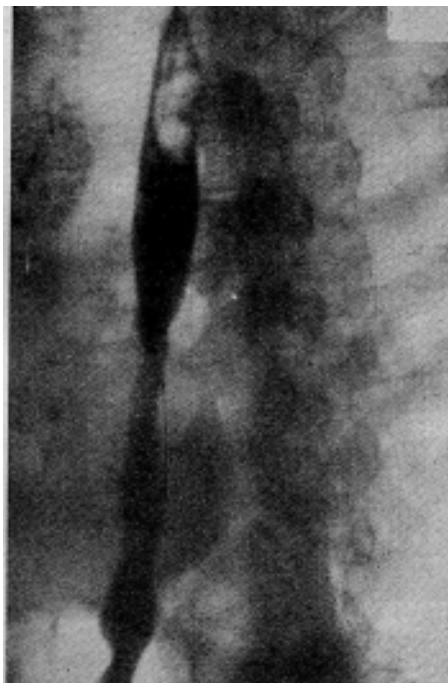


Rx. 14. — Dr. Malenchini. — Compresión extrínseca del esófago por adenopatía neoplásica de origen extraesofágico adenopatía hiliar de un cáncer de pulmón derecho.

y numerosas adenopatías neoplásicas; existían grupos ganglionares algunos del tamaño de una mandarina. Se encontraron masas ganglionares a nivel del tumor, de la bifurcación traqueal, sobre el origen de la arteria subclavia derecha y en la curvatura menor gástrica. Sin embargo, la clínica y la radiografía eran mudas (Rx. 15 - 16 - 17).



Rx. 15. Dr. Michelini.



Rx. 16. Dr. Michelini.

Rx. 15 y 16. — Dr. Malenchini. — Cáncer de esófago de la pars hiliars; el tumor mide 6 cms. En mediastino posterior no existen sombras sospechosas tumorales tipo adenopatía, etc.



Rx. 17. — No se visualizan imágenes ganglionares. En la operación se encuentran grandes y numerosas masas ganglionares: peritraqueales, bifurcación traqueal, mediastinales, etc.

Conclusión sobre la visualidad radiológica de las adenopatías neoplásicas mediastinales en el cáncer de esófago: Invito a mirar nuevamente las radiografías 12 y 13. En ésta el collar ganglionar neoplásico que estrangula y comprime el esófago, es transparente a los rayos X.

En las radiografías 15 y 16 y 17 a pesar del tamaño de las adenopatías ellas no son diagnosticables clínicamente. Esto quiere decir que la adenopatía neoplásica es transparente a los rayos X; y esto tiene que ser así pues si pensamos un poco comprendemos que si se visualizara el ganglio neoplásico, tendría más derecho a verse el tumor esofágico que tiene un tamaño no una, sino muchas veces mayor que el ganglio satélite; sin embargo todos sabemos que el tumor esofágico no se ve en la radiografía simple de mediastino posterior porque el tejido neoplásico es transparente a los rayos X y para diagnosticar un tumor de esófago debemos recurrir al estudio radiológico por ingestión de líquido opaco, deduciendo la existencia del carcinoma por la deformación del conducto esofágico.

Los ganglios se ven en las radiografías cuando su opacidad está aumentada por calcificación y bien sabemos que la calcificación es un proceso anterior y ajeno, que nada tiene que ver con el cáncer.

Al hablar de los ganglios cervicales comentábamos el hecho clínico de Watson de la inversión cronológica de la metástasis ganglionar y del foco carcinoma. Debemos manifestar que en el cáncer del esófago torácico hemos podido observar este hecho.

Un paciente con excelente estado general, desde hacía dos meses se quejaba de intensos dolores epigástricos que hacían sospechar la existencia de una úlcera penetrante en el páncreas, etc. El estudio radiológico practicado exhaustivamente por el Dr. Malenchini fué negativo; sin mayores esperanzas de encontrar la causa de la epigastralgia en un último examen, mientras ingería la mezcla opaca, este radiólogo observó una ligera estenosis del tercio inferior del esófago, que en la mucosografía muestra la destrucción de los pliegues mucosos (Rx. 18 y 19). El excelente estado general y la pequeña imagen radiológica hacían suponer un caso incipiente. Interrogado cuidadosamente el paciente manifestó que se quejaba de una ligera disfagia a los sólidos casi imperceptible desde hacía 15 días y que no obstante la intensidad



Rx. 18. — Dr. Malenchini. — Ligera estenosi del tercio inferior del esófago de bordes lisos.



Rx. 19. Dr. Malenchini. — La estenosis vista con lleno y estudio de los pliegues mucosos cuya amputación en el borde anterior del esófago sugiere la existencia de una neoplasia.

del dolor celíaco no le había dado ninguna importancia. La operación por vía transtorácica permitió hallar una gran masa tumoral adherente al pericardio, a la aorta, etc., y además por esta vía se pudo explorar el abdomen abriendo el diafragma, comprobándose que la causa del dolor era la invasión del plexo celíaco por ganglios periaórticos.

En conclusión debemos decir: La adenopatía neoplásica mediastinal del cáncer de esófago es indagnosticable clínica o radiológicamente. Sólo se la reconoce investigándola anatómicamente en la mesa de operaciones.

Las adenopatías neoplásicas en la mesa de operaciones: A través de la experiencia de los casos operados hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1º *Relaciones entre el tamaño del tumor y la frecuencia de las metástasis ganglionares:* No existe una relación directa entre el tamaño del tumor y la adenopatía neoplásica, hemos encontrado grandes tumores con pocas metástasis ganglionares y a la inversa pequeños tumores con grandes adenopatías. Tenemos la impresión de que las metástasis ganglionares parecen estar más en relación con el factor tiempo. Cuando existe una disfagia de larga duración aun cuando el tumor radiológicamente sea pequeño el cirujano debe estar prevenido de que es muy probable que encuentre importantes y numerosas metástasis ganglionares.

2º *Frecuencia de las metástasis ganglionares:* Operatoriamente podemos afirmar que en el cáncer del esófago torácico localizado en el segmento que se extiende desde la bifurcación traqueal hasta el diafragma, se encuentran en la vecindad del tumor pequeños ganglios, — los ganglios periesofágicos de Vesalio — con las características neoplásicas: blanquecinos, duros y de pequeño tamaño. La frecuencia de estos ganglios es para nosotros del 100 por 100 y damos tal importancia a la existencia de la adenopatía satélite, que en dos ocasiones operando a un paciente en que habíamos diagnosticado un cáncer de esófago con el esófago en la mano, no se veía ni se palpaba el tumor y temíamos la extirpación de un esófago sano, pero la búsqueda y el hallazgo de estos ganglios en la zona en que la biopsia había sido positiva, nos decidió a la resección del esófago después de hacer una biopsia por congelación del ganglio. En otra oportunidad la existen-

cia de un tumor inflamatorio, macroscópicamente neoplásico en el cardias torácico de un esófago corto congénito, nos hizo renunciar a la resección porque la extirpación de dos ganglios yuxtatorales fué negativa.

3º *La idea del vaciamiento ganglionar puede ser una indicación de abordaje por hemitórax derecho o izquierdo:* Los territorios ganglionares deben ser investigados y si es posible practicar sistemáticamente el vaciamiento ganglionar. Para conocer el cáncer de esófago localizado en cualquier parte del órgano, desde la bifurcación hasta el diafragma, los ganglios afectados con mayor frecuencia son: los de la bifurcación traqueal, los periesofágicos de Vesalio y los situados sobre el origen y el trayecto de la arteria coronaria estomáquica. Estos territorios ganglionares que hemos mencionado pueden ser abordados y satisfactoriamente extirpados por la toracotomía izquierda, agregando la abertura del diafragma para los ganglios abdominales.

Cáncer localizado en el segmento que va desde la bifurcación al vértice del tórax: los grupos ganglionares que deben ser investigados y tratados son los de la bifurcación traqueal, los situados en la foseta pretraqueal de Sukiennikow, pero sobre todo un ganglio que está en el origen de la arteria subclavia derecha, en el sitio en que es rodeada por el nervio recurrente derecho. Estos territorios ganglionares son satisfactoriamente abordados por la vía torácica derecha.

4º *Las metástasis ganglionares pueden decidir o no la resección del neoplasma:* Existen grupos ganglionares de difícil extracción por el peligro de la herida de los grandes troncos vasculares, ya sea en la vecindad de la arteria subclavia derecha, o en el grupo ganglionar de la foseta paratraqueal derecha que puede estar adherido al tronco venoso innominado o a la vena cava superior.

La existencia de las adenopatías ganglionares nos coloca a veces frente a una decisión quirúrgica: si la exéresis del tumor es posible pero en cambio las metástasis ganglionares no lo son, creemos que la resección del tumor está condicionada por la posibilidad, después de la resección, del restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo por una anastomosis esófago-gástrica;

en el caso de que sea factible la anastomosis, la extirpación de la neoplasia será practicada aun cuando se dejen los ganglios neoplásicos. Es indiscutible que esta operación sólo tendrá fines paliativos pero al desaparecer la disfagia el enfermo creará que está curado.

Pero dado el caso inverso, de que la anastomosis no sea posible, aun cuando la esofaguectomía sea de fácil ejecución, consideramos que será más beneficioso para el paciente abstenerse de hacer la operación de Torek. Vale la pena hacerla cuando es radical y existen perspectivas de que el paciente pueda volver a deglutir normalmente por la boca. Cuando quedan metástasis ganglionares, el balance de la experiencia nos ha enseñado que es mucho mejor dejar todo como estaba, cerrar el tórax y no hacer nada, o, en caso de que el enfermo esté en obstrucción esofágica, hacer una gastrostomía.

Para terminar diremos que ningún territorio de la cirugía presenta las dificultades, los peligros y los resultados ingratos que ofrece la esofaguectomía por cáncer.

La adenopatía neoplásica es un escollo más de la esofaguectomía. La búsqueda de los ganglios durante la operación es dificultosa y pueden pasar inadvertidos. El vaciamiento ganglionar puede, en ciertos casos, ser más difícil que la misma exéresis del tumor.

Basta dejar un ganglio neoplásico para que el resultado después de haber sobrevivido el paciente a una formidable operación, sea la muerte por recidiva neoplásica a breve plazo.

Desde el punto de vista técnico quirúrgico el problema de la esofaguectomía torácica está casi resuelto. El porcentaje de mortalidad de la resección del esófago torácico del 90 % se ha convertido en el 20 a 25 %. Ahora queda otro problema; el de la recidivas y metástasis postoperatorias. En nuestra serie de 46 sobrevividas, el 60 % ha fallecido de metástasis al año.

Debemos hacer cualquier esfuerzo para mejorar estos resultados, y por ello creemos que debe buscarse el camino a seguir en la exploración sistemática y en la resección de los territorios ganglionares que corresponden al área carcinomatosa afectada.