

CANCER DEL ESOFAGO INFERIOR Y CARDIAS

(Resección)

Dr. José Pedro Otero

(Trabajo de la Clínica del Prof. J. C. del Campo)

Me ha parecido de interés presentar este caso para contribuir a la formación de un criterio sobre este nuevo campo de la cirugía que se ha abierto en los últimos años, y sobre el cual aun se han aportado pocos ejemplos en nuestro medio.

Creo que la experiencia es ya suficientemente vasta en los grandes centros como para poder afirmar que se trata de una conquista ya madura, y que la técnica se ha desarrollado hasta un punto que permite trabajar en este sector con la seguridad de conseguir resultados halagadores en un territorio que hasta hace muy poco estaba fuera de todo intento razonable.

El conocimiento de esta cirugía comienza para mí con el artículo fundamental publicado por Churchill y Sweet en julio de 1942, a partir del cual empiezan a realizarse esofagectomías en todos los grandes centros quirúrgicos y a pasar a la categoría de operación realizable con probabilidades razonables de éxito.

El tema despertó entre nosotros un interés tal que mereció ser tratado oficialmente en el Congreso Interamericano de Cirugía realizado en Montevideo en 1946 y del cual fué relator el Dr. Víctor Armand Ugón. En ese Congreso se hicieron interesantes aportes de Ferrari, Ochner, Vasconcellos, y sobre todo de Resano — cuya experiencia en esta cirugía es quizá una de las más grandes y valiosas en el mundo entero.

En julio de 1946 tuve la oportunidad de ver operar al Dr. Resano en la Clínica de Ricardo Finochietto habiendo él realizado 4 esofagectomías en los 18 días que yo asistí a aquella Clínica.

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 22 de octubre de 1947.

Es bien conocida entre nosotros la maestría con que Resano realiza esta Cirugía, y la dedicación y espíritu de sacrificio con que ha abordado este capítulo recientemente abierto y todavía tan difícil de manejar con certidumbre.

El enfermo que yo presento es el primero y único caso en mi experiencia personal pero me ha parecido conveniente publicarlo por que pienso que es necesario presentar el tema en las diversas sociedades científicas para promover la discusión y para poder considerar los diferentes puntos de vista que puedan surgir.

La operación que realicé se desarrolló en todo momento en un ambiente de tranquilidad y de dominio del campo operatorio, sin maniobras violentas y con una deliberada lentitud, con el propósito de emplear maniobras suaves y correctas sin recurrir a la acción directa de los dedos y actuando siempre por disección instrumental.

Se usó la anestesia general por intubación traqueal a cargo del Dr. Pernin; la anestesia se desarrolló siempre tranquila y sin el menor incidente.

Se colocó al enfermo en posición de decúbito lateral derecho que se mantuvo durante todo el tiempo.

Se empezó a hacer la transfusión desde el momento de iniciar la operación para hacer la profilaxis del shock y se continuó durante casi todo el curso de la operación (Dr. Bazzano).

La vía de abordaje elegida fué la toracotomía por resección de la 8ª costilla desde el ángulo posterior hasta la articulación condro-costal, vía de abordaje que nos dió amplia luz sobre el tórax y sobre el abdomen supra-mesocólico dejándonos absolutamente convencidos de que esta es la vía de elección para esta cirugía. No podemos desde luego negar que en determinados casos pueda haber necesidad de recurrir a incisiones abdominales complementarias, o que tal vez pueda utilizarse la tóraco-frenolaparotomía. Sin embargo esta última nos parece por ahora una incisión que tiene el inconveniente de seccionar una estructura fundamental en la arquitectura tóraco-abdominal como lo es el reborde cartilaginoso, y además creemos que es una incisión shockante por un exceso de exposición y por su repercusión sobre la dinámica respiratoria.

Usamos el separador e Sauerbruch que nos resultó suma-

mente cómodo permitiendo conseguir un campo amplio y despejado.

Hicimos la forci-presura del nervio frénico lo que nos facilitó mucho las maniobras, sobre todo cuando abordamos la región supra-mesocólica, ya que la inmovilidad absoluta del diafragma nos permitió suprimir el vaivén de las vísceras y trabajar sobre órganos quietos. Además el anestésista señaló que la respiración se realizaba en mejores condiciones desde que se había paralizado el diafragma izquierdo.

El ligamento triangular del pulmón nos sirvió como referencia exacta para localizar el esófago retro-pericárdico ya que su borde mediastinal se inserta exactamente frente al borde del esófago, y que una vez seccionado el ligamento se puede estar seguro que frente a su inserción mediastinal encontraremos la víscera que buscamos.

Seccionamos luego el diafragma progresivamente desde el sitio marcado por la articulación costo-condral de la 8ª costilla resecada hasta el hiatus, que quedó referido por el esófago retro-pericárdico previamente descubierto por la maniobra antes descrita.

A medida que íbamos seccionando el músculo colocábamos hilos tractores largos sobre cada borde de la sección, hilos que tomábamos a distancia con pinzas hemostáticas para no obstruir el campo operatorio como sucedería si tomásemos directamente los bordes seccionados del diafragma con pinzas de Kocher. Al seccionar el diafragma es necesario tener cuidado cuando uno se aproxima al hiatus de descubrir sobre la cara inferior del músculo la arteria diafragmática y seccionarla entre dos ligaduras previamente colocadas. De otro modo la arteria seccionada podría retraerse y determinar algunas dificultades en la hemostasis con la consiguiente pérdida de tiempo y de sangre que es necesario ahorrar a todo precio.

Luego se liberó la gran curva en la misma forma que en una gastrectomía corriente pero de abajo hacia arriba, inversamente a lo que se hace siempre. En esa forma se entra a la retrocavidad de los epiplones en la zona fácil que corresponde como se sabe a la parte media del estómago más o menos, y de allí se sigue liberando hacia arriba, hacia el hiatus. A continuación pasamos una cinta larga de gasa alrededor del esófago antes descubierto, y

otra alrededor de la parte media del estómago que se había hecho completamente manuable por la liberación de la gran curva. En esta forma disponíamos de dos riendas de tracción que nos permitían exponer perfectamente la emergencia y la llegada de la arteria coronaria que fué seccionada como está descrito en la historia clínica por dificultades de adherencias neoplásicas.

Luego seccionamos el esófago arriba y el estómago abajo, quedando el tercio inferior del estómago como remanente. Se cerró el cabo gástrico por una sutura en tres planos y se llevó el muñón hacia arriba fijándolo por puntos en su pasaje a través del diafragma. Se realizó la anastomosis en la forma que está descrita en la historia, tratando de que el estómago no ofreciese tensión sobre la línea de sutura por medio de la liberación que habíamos realizado en la gran curva y por los puntos de amarre que le habíamos dado uniéndolo con el diafragma.

Creemos que ésta es la parte realmente difícil y aleatoria de esta operación y que de ella depende el post-operatorio, mientras que los tiempos de exéresis no ofrecen dificultades especiales.

Se espolvoreó la zona operatoria con polvos de sulfamida sobre todo en el sitio de la línea de sutura.

Se cerró el tórax completamente en toda la longitud de la resección costal y se dejó un drenaje con sonda de Petzer que pasaba a través del 9º espacio frente a la línea escapular.

La duración total de la operación fué de 5 horas y el enfermo salió en muy buenas condiciones de la mesa operatoria.

El post-operatorio fué normal, sin el menor incidente, como en cualquier operación de cirugía gástrica corriente. No hubo elevación de la temperatura, el pulso fué siempre normal, el enfermo tenía la impresión de sentirse perfectamente y no se quejaba de ninguna molestia, ni dolor. No hubo complicaciones tóricas y al cabo de unos días se aspiró el líquido sero-hemático contenido en la cavidad pleural. El tubo de drenaje permanecía pinzado durante todo el tiempo excepto cuando era necesario aspirar, en cuyo momento se realizaba la aspiración con jeringa y se pinzaba el tubo mientras se vaciaba la jeringa para impedir la entrada de aire a la pleura. Por consiguiente el drenaje cerrado del tórax quedó así establecido de una manera simple y eficaz, fácil de manejar y sin riesgo de entrada de aire por maniobras intempestivas ya que sólo el cirujano manejaba él mismo

el tubo de drenaje en el momento oportuno. Al cabo de unos diez días se retiró el tubo de drenaje y la herida operatoria cerró por primera intención sin el menor signo de inflamación, ni esbozo siquiera de estado flegmonoso.

No hubo tampoco la menor alarma desde el punto de vista abdominal; no hubo la menor reacción peritoneal, ni ninguna dificultad en la evacuación intestinal.

A las 48 horas se le empezó a dar agua azucarada por cucharaditas y rápidamente, en el curso de pocos días, fué posible iniciar la alimentación con leche, y luego con harinas y otros alimentos. El enfermo deglutía perfectamente, sin ningún inconveniente y en los últimos días de su estadía en la Sala podía comer carne sin dificultad, lo mismo que pan. El enfermo fué traído a la Sociedad de Cirugía a los 30 días más o menos de su operación y fué dado de alta en buenas condiciones desde el punto de vista operatorio pero en un estado de marcado adelgazamiento. Ya antes de ser dado de alta el enfermo empezó a sufrir de diarrea con varias deposiciones diarias que cedieron a la ingestión de ácido clorídrico oficial. Estando en su casa este cuadro diarreico se acentuó de un modo muy marcado llegando a tener 10 y 12 deposiciones diarias que lo agotaban por falta de nutrición, por deshidratación, por repercusión sobre su psiquismo, etc.

Al cabo de 2 meses más o menos el enfermo reingresó al Hospital por este síndrome desinteriforme incoercible. Se quejaba intensamente de las molestias y trastornos que le ocasionaba la diarrea y cuando se le preguntaba si podía alimentarse respondía que podía tragar perfectamente pero que todo lo que comía lo perdía inmediatamente por sus deposiciones diarreicas. Atribuímos este síndrome a la falta de secreción clorido-péptica por la resección de los tres cuartos superiores del estómago y tratamos de hacerle terapéutica en este sentido y también de recluirlo e hidratarlo. No pensamos sin embargo en ningún momento que este cuadro digestivo pudiese ser tan grave como para llevar al enfermo a la muerte. Pero los hechos nos demostraron que realmente se trataba de un cuadro alarmante, verdadero cólera agudo por insuficiencia clorido-péptica que no habíamos visto señalado en ningún trabajo, por lo menos con el acento de extremada gravedad y de gran dificultad en el manejo terapéutico.

No se pudo conseguir la necropsia por dificultades de orden familiar, pero se puede afirmar casi con seguridad que la zona operatoria estaba en perfectas condiciones puesto que el enfermo no hizo ninguna manifestación torácica, ni peritoneal en ningún momento de su reingreso.

Quedamos con la impresión de que su muerte había sido ocasionada por su síndrome disentérico agudo de patogenia funcional, y quedamos también bastante desconcertados por esta terminación inesperada en un enfermo que había marchado perfectamente. Teníamos reservas respecto a su evolución desde el punto de vista neoplásico puesto que nos habíamos visto obligados a cortar a través de adherencias neoplásicas, pero no habíamos previsto esta complicación por lo menos en la forma de extrema gravedad con que se presentó.

Consideraciones. — Presentamos este enfermo como un ejemplo de que esta cirugía es perfectamente realizable desde el punto de vista técnico y que por consiguiente debemos entrenarnos a este tipo de operaciones cuyos resultados alejados, desde el punto de vista neoplásico, aún no es posible prever.

El hecho de que estos cánceres están situados en una víscera cuyo calibre es bastante estrecho hace pensar que será posible realizar diagnósticos cada vez más precoces en el futuro, y que las chances de sobrevida pueden ser mayores cada vez. El cáncer se revela no por síntomas esencialmente neoplásicos sino por las repercusiones sobre los órganos afectados (compresiones, estenosis, ulceraciones, etc.) y sus manifestaciones clínicas serán tanto más precoces cuanto mayor sea la posibilidad de estas complicaciones como sucede en el píloro, colon y también en el esófago.

Por último, creo que es fundamental destacar que no tenemos ningún otro tratamiento en el momento actual que sea capaz de ofrecer la posibilidad de una curación y que por consiguiente me parece perfectamente justificado cualquier intento para conseguir sobrevidas en un porcentaje aunque fuese muy pequeño. Y además, es ésta una localización sumamente frecuente del cáncer y qué por consiguiente justifica todos los desvelos que puedan sobrevenir a raíz de nuestra acción terapéutica o con aspiraciones de tal.

HISTORIA CLINICA 1379. — Nombre: C. E. Edad: 56 años. Sexo: masculino. Estado: soltero. Profesión: jornalero. Nación: oriental. Domicilio: 2ª sección del Dpto. de Lavalleja. Fecha de ingreso: 13-V-1947. Egreso: 17-VI-1947. Diagnóstico: Neoplasma de tercio inferior de esófago. Tratamiento. Se niega a la intervención. Reingresa y se interviene.

Motivo de ingreso. — Por disfagia progresiva últimamente acompañada de regurgitaciones flemonosas y en ocasiones con algún resto de alimento.

Antecedentes personales. — Blenorragia en varias ocasiones. Erosión de pene hace 30 años. Polakiuria diurna y nocturna. Retención de orina en 1923. Parotiditis en 1922 con orquitis derecha. En 1945 fué puncionado en hemiventre derecho extrayendo líquido, citrino. Fumador y etilista. Traumatismo directo en el ojo derecho 1930. En ocasiones disnea de esfuerzo.

Antecedentes familiares. — Padre fallecido neumonía. Madre sana. 8 hermanos s/p.

Enfermedad actual. — Parece comenzar hace tres meses en ocasión de una comida en él habitual (asado), nota que el pasaje del alimento se hace dificultoso, sintiendo una sensación desagradable retro-esternal, que desapareció al ingerir líquidos. El sufrimiento fué irregular, presentándose la disfagia en ocasiones de ingerir alimentos sólidos y en ocasiones se acompaña de pirosis y sialorrea, el episodio generalmente termina con la expulsión de algunos trozos de alimentos. El enfermo relata la expulsión de gleras en la mañana, que parecían acentuarse después de las comidas.

Ha disminuído de peso 3 a 4 kg. (no se pesó).

Examen. — Aspecto general bueno, con los caracteres del hombre de nuestra campaña, mucosas coloreadas, lengua húmeda, saburral. Dentadura en malas condiciones, faltan piezas dentarias, apirético. Lesión cicatrizal del ojo derecho. P.A.: 12 ½ - 8.

Tórax y cuello. — No se aprecia signos clínicos anormales. Tampoco aparece una tumefacción al ingerir alimentos.

Abdomen. — Se moviliza bien a la respiración, es indoloro; se palpa hígado un través de dedo por debajo del reborde. Se marcan las venas correspondientes al territorio de la subcutánea abdominal.

Genitales. — Testículo izq. de tamaño y consistencia normales, testículo der. disminuído de volumen, parece palpase un nódulo doloroso en la parte inferior. Cabeza epididimaria aumentada de tamaño.

Tacto rectal. — Próstata de tamaño discretamente más grande que la normal, consistencia dura, con zonas blanduzcas, indolora.

Miembros inferiores. — Pulso bien; femoral, poplítea, tibial posterior y pedía. Coloración y temperatura normal, sin trastornos tróficos.

Corazón: s/p.

Pulmones: algunas sibilancias.

Sistema nervioso: s/p.

Agregado a los antecedentes personales. En febrero de 1947 al bajar del caballo siente un dolor agudo intensísimo en la zona glútea der. que fué progresando rápidamente (minutos) hacia el pie. Simultáneamente notó que el miembro se le enfriaba y palidecía. Se trató con calor y masajes sin con-

sultar médico. A los 20 días del episodio inicial el mal retrocedió paulatinamente, recuperando el calor y color normales pero no las fuerzas. Hoy día (15-V-47) lo único que siente es una pérdida de fuerzas y parestesias. 25-V-47). La disfagia continúa pese al tratamiento médico con anti-espasmódico.

Se continúan haciendo los exámenes complementarios y reponiendo el estado general.

Consideraciones. — Dr. Otero: El estudio clínico y radiológico de este enfermo llevan a la conclusión de que se trata de un neoplasma del tercio inferior del esófago situado muy cerca del cardias y desbordando apenas el límite del diafragma hacia el tórax. El último estudio radiológico practicado por el Prof. García Capurro es completamente demostrativo en tal sentido. A pesar de la esofagoscopia y de la gastroscopia negativas se decide intervenir.

Consideraciones — Dr. López: Pensamos en neoplasma de tercio inf. de esófago, que el radiólogo localiza en el tercio inferior supra-yuxta frénico. Se le aconseja la intervención y se piensa hacer una toracofreno-laparotomía para el abordaje de la lesión. Pero el día de la intervención el enfermo pide el alta, para volver según lo manifiesta.

El enfermo reingresa pocos días más tarde decidido a operarse. Se vuelve a realizar la preparación pre-operatoria necesaria (sobre todo transfusiones repetidas).

Intervención. — 28-VI-1947. Dr. Otero. Dr. López. Dr. Badano.

Anestesia general. Dr. Pernin. Ciclopropano protóxido-éter. Intubado. Duración seis horas.

Posición decúbito lateral derecho.

Incisión. — Toracotomía amplia sobre la 8ª costilla con resección de ésta desde el ángulo posterior hasta la articulación condro-costal.

Existen adherencias laxas entre el pulmón y la pared torácica, y entre el pulmón y el diafragma y mediastino; se liberan.

Se busca el nervio frénico y se hace la frénicopresura para paralizar el hemi-diafragma izquierdo. Esta parálisis es total y muy conveniente para el cirujano y también para el enfermo pues el anestesista dice que desde que se paralizó el diafragma el enfermo respira mejor.

Sección del ligamento triangular y exposición del esófago: se palpa en él un tumor con caracteres de cáncer y situado muy bajo, desbordando apenas el diafragma hacia arriba y prolongándose aparentemente hacia el abdomen. Sección del diafragma hasta el hiatus.

Liberación de la gran curva en su mitad superior; se penetra así en la retro-cavidad de los epiplones y se visualiza la cara posterior del estómago. Existe un neoplasma de cardias adherente atrás, a nivel del borde superior

del páncreas, justo en el sitio que corresponde a la emergencia de la coronaria estomáca; adherencia firme y ancha, de carácter neoplásico.

Liberación del esófago torácico y se pasa a su alrededor una rienda de gasa para que sirva de tractor. De igual modo se pasa una rienda de gasa por detrás de la parte media del estómago para que sirva de tractor y se libera progresivamente de arriba hacia abajo y luego de abajo hacia arriba o sea desde las partes libres concéntricamente hacia la zona adherente. Sección de la adherencia neoplásica. Al seccionar esta adherencia se corta la coronaria estomáca que se pinza.

Sección del esófago arriba a unos 4 cms. del cardias. Sección del estómago en su parte media. Cierre de la "tranche" gástrica en 3 planos: mucosa, sero-muscular, serosa. Implantación del esófago en la cara anterior del estómago por una sutura en dos planos: sero-muscular y sutura total. La sutura total se hizo con aguja curva enhebrada con gastergut 0; se hizo un surget corrido en la sección posterior con puntos cruzados y se terminó esta sutura posterior deteniendo el surget en el ángulo izquierdo. En la total anterior se hizo un surget con aguja curva enhebrada con gastergut 0 sin cruzar los puntos y terminando sobre el lado izquierdo atando el hilo con los cabos dejados largos de la sutura posterior.

La sutura sero-muscular se hizo con puntos separados en U con aguja curva y con hilo de algodón. Se hicieron primeramente tres puntos sero-musculares posteriores, luego se acercó el estómago al esófago y se ataron los puntos. Estos puntos sobre todo el del lado derecho desgarraron algo la pared del esófago.

En la parte anterior se practicaron también puntos sero-musculares en U con hilo de algodón.

Previamente se había fijado el estómago a los bordes del diafragma seccionado por puntos separados.

Cierre de la brecha diafragmática.

Sulfamida local.

Cierre de la pared torácica previa colocación de drenaje a través de 9º espacio, en la línea escapular.

Post operatorio. — 30-VI-1947. Los dos primeros días ha pasado bien. Buen estado general. Sin fiebre. Hoy le empezamos a dar agua por cucharaditas cada media hora.

6-VI-1947. Ha seguido marchando perfectamente, sin la menor alarma.

Se aspiró por el tubo de drenaje pleural retirándose unos 100 c.c. de líquido sero-hemático.

Durante uno o dos días hizo ligeros fenómenos congestivos de la base derecha que cedieron fácilmente.

El enfermo al 6º día tolera perfectamente: leche con caseinato, sémola, huevos.

18-VII-1947. El enfermo se levanta. Aparato respiratorio s/particularidades.

En resumen. — Ha hecho un post-operatorio sin el menor incidente, ni la menor alarma. Estuvo todo el tiempo en apirexia y con un pulso completamente normal. No hizo en ningún momento fenómenos torácicos alarmantes: ni tos, ni disnea, ni cianosis. Tampoco hizo ningún fenómeno abdominal y movilizó el vientre en los plazos normales. Su anastomosis esofagogástrica marchó siempre perfectamente y no hubo la menor dificultad en la alimentación.

Actualmente (29 de julio de 1947) el enfermo se encuentra perfectamente, anda levantado y está en condiciones de ser dado de alta. Su herida operatoria cerró por primera intención sin fallar ni un sólo punto y la herida del drenaje cerró también por primera intención. Come prácticamente de todo sin la menor dificultad para el pasaje de los alimentos y con gran apetito. Su estado general es todavía precario debido a que aún no se ha repuesto de la caquexia por inanición debida a su obstrucción esofágica a lo cual se agrega todavía la inanición del post-operatorio. A pesar de su gran adelgazamiento el enfermo se siente bien, tiene gran apetito y da la impresión de que podrá recuperarse progresivamente.

Evolución radiográfica

3-VII-1947. — García Capurro 40565. Hidroneumo izquierdo. Reacción discreta pleuro pulmonar de base derecha. Sombras pulmonares de caracteres agudos. Repetir radiografía cada dos días.

5-VII-1947. — García Capurro 40581. 7 días de operado. Conserva el mismo aspecto que en el examen anterior.

7-VII-1947. — García Capurro 40593. 9 días de operado. Se acentúan los fenómenos de la base derecha. Retrocede el hidroneumo izquierdo.

14-VII-1947. — García Capurro 40688. 16 días de operado. Reexpansión del pulmón izquierdo. Persisten discretas sombras pulmonares en ambos campos de aspecto agudo.

29-VII-1947. — García Capurro 40828. 31 días de operado. *Radiografía de esófago:* Aspecto muy satisfactorio del tránsito esófago gástrico en la zona de la intervención. Las alteraciones que se observan no sabemos si son o no puramente secuelas operatorias.

2-VII-1947. — García Capurro 40886. 34 días de operado. Imagen hidroaérea retrocardíaca y velo del seno costodiafragmático. Otros aspectos mejorados.

EXAMENES DE LABORATORIO

(C. E.). Diagnóstico: Neoplasma tercio inferior de esófago.
dándose una oblea de bario.

14-V-1947. — Orina: albúmina indicios. Densidad: 1.020. Tiempo de sangría: 1'15". Tiempo de coagulación.

16-V-1947. — Hematocrito: 39 %.

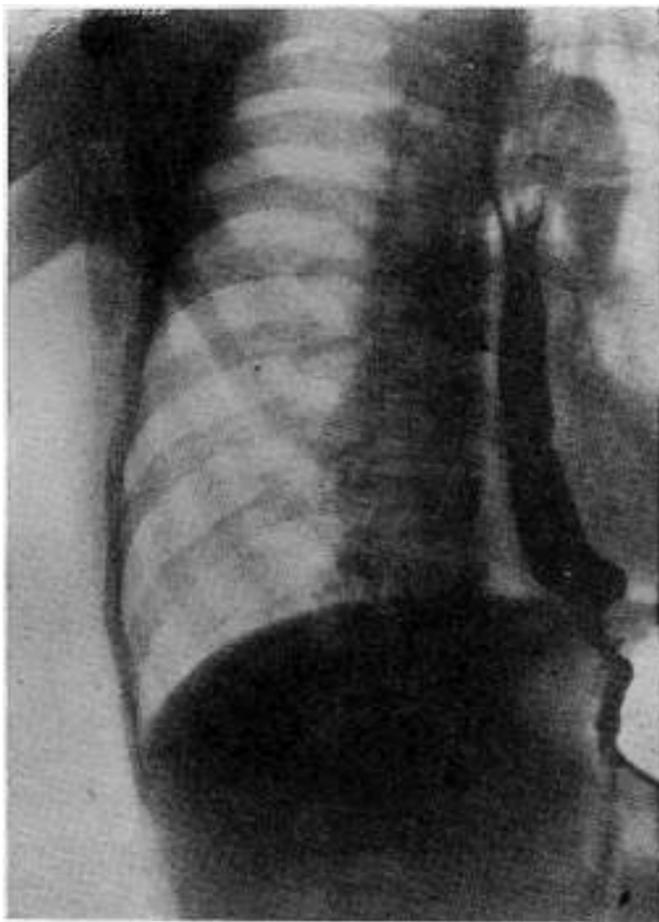


FIG. Nº 1. — Radiografía de esófago. (Central Nº 15520).
Estenosis de aspecto orgánico por arriba del cardias con dilatación supra estrictural.

16-V-1947. — Radiografía de esófago Nº 15520 (central). Estenosis de aspecto orgánico, por arriba de cardias con dilatación supra estrictural.

Esofagoscopia: No se comprueba lesión. Se pasa un tubo de nueve milímetros hasta el estómago (42 cm. de la arcada dentaria).

19-V-1947. — Hemograma: Glóbulos rojos, 3.470.000; Glóbulos blancos, 11.600; Hemoglob., 82 %; Valor glob., 0.9; N., 72 %; E., 2 %; L., 22 %; M., 4 %.

20-V-1947. — Radiografía de abdomen N° 15887 (Central). Restos de



FIG. N° 2. — Radiografía de esófago. (31 días de operados). Aspecto muy satisfactorio del tránsito esófago gástrico en la zona de la intervención. Las alteraciones que se observan no sabemos si son o no puramente secuelas operatorias.

bario en todo el colon. En zona prostática conglomerado de manchas (Bario? Cálculos?).

20-V-1947. — Radiografía de estómago (Central).

21-V-1947. — Hematocrito, 40 %; Proteinemia, 58 %.

24-V-1947. — En los films se ve en parte alta de peq. curva en O.D.A. una saliente que parece responder a una lesión orgánica. Convendría verlo dándole una oblea de bario.

19-V-1947. — Gastroscofia. Píloro y contracciones antro pilóricas normales. Pliegues escasos y aplanados. Mucosa de cara anterior atrófica y edematosa. Región de cardias difícil de estudiar. Diagnóstico: Gastritis atrófica de la región estudiada.

28-V-1947. — Radioscopia de ciego y apéndice ciego muy mal relleno libre no doloroso, no se ve apéndice.

3-VI-1947. — Hemograma: Glób. rojos, 3.620.000; Glób. blancos, 9.300; HB., 78 %; V. G., 1.2; N., 60 %; E., 2 %; L., 34 %; ?, 4 %.

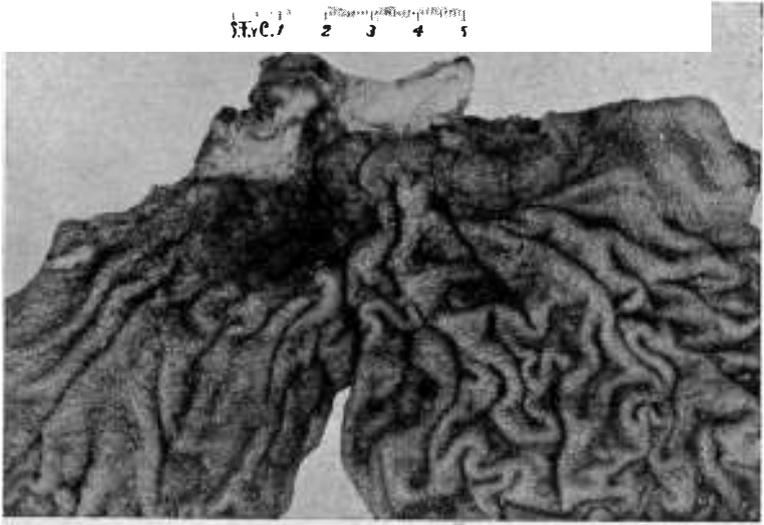


FIG. Nº 3. — aspecto de la pieza operatoria observada por la cara mucosa gástrica, y expuesta después de un corte practicado por la gran tuberosidad. El cabo esofágico es de corte irregular, porque la mucosa se ha retraído sobre el estrato muscular después de la sección quirúrgica. La zona tumoral ha sido dividida en dos mitades por el corte de la pieza. Las líneas AA y BB señalan la ubicación de los fragmentos tomados para examen histológico.

16-VI-1947. — Hematocrito, 42; Proteínas, 6 gramos; Glób. rojos, 4.030.000; Glób. blancos, 8.600; H.B., 85 %; V.G., 1 %; N., 78 %; E., 4 %; M., 4 %; L., 14 %.

26-VI-1947. — Glób. rojos, 3.850.000; Glób. blancos, 16.800; H.B., 74 %; Valor glob., 1; N., 74 %; E., 2 %; M., 2 %; L., 22 %.

31-VI-1947. — Hematocrito, 44 %; Proteínas, 4 gramos 50 %.

3-VII-1947. — Glób. rojos, 4.040.000; Glób. blancos, 14.200; H.B., 95 %; Valor glob., 1 %; N., 86 %; E., 2 %; L., 12 %.

11-VII-1947. — Hemograma: Glóbulos rojos, 4.460.000; Glóbulos blancos, 14.200; H.B., 95 %; Valor globular, 1.03; N., 82 %; E., 3 %; M., 3 %; L., 12 %. Hematocrito, 48; Proteínas, 6 gramos.

PATOLOGIA QUIRURGICA

Ficha N° 177. H. Maciel N° 24933. C. E., 56 años, sala 23, 4-VII-1947, Dr. Otero. Examen de esófago y estómago.

Macroscópicamente: Segmento de resección gástrica contra la zona cardial (comprendiendo la zona esofágica inferior?). El segmento de resección operatoria ha sido abierto por la gran curva (región fúndica) y fijado en extensión. El estómago tiene la forma de un estómago completo abierto por la gran curva.

Transversalmente en la zona superior, cardial, mide 7 cms. las caras laterales del estómago miden aproximadamente 9 cms. de extensión transversal (las medidas corresponden a la pieza ya formolizada). La extensión longitudinal de pequeña curva comprendida entre los cortes superior e inferior de exéresis quirúrgica, mide 6 cms.

A nivel del borde superior de exéresis, la mucosa gástrica muestra una vegetación mamelonada de aspecto tumoral, que ha resultado dividida en dos partes por el corte de la pieza, de 3×2 y de $2 \times 1 \frac{1}{2}$ cms. aproximadamente cada una. El corte quirúrgico superior es muy irregular, hay retracción de la mucosa sobre el estrato muscular y no se puede delimitar claramente el grado de invasión tumoral a ese nivel, es decir, macroscópicamente no se puede decidir si la exéresis se hizo más o menos lejos del tumor.

Sobre el espesor parietal se comprueba que el crecimiento tumoral infiltrante se propaga hasta la capa muscular inclusive.

Histología de: A) fragmento tumoral sobre la cara posterior del estómago (ver fotografía de la pieza).

B) fragmento sobre la cara anterior del estómago.

Ambos fragmentos comprenden la línea de corte quirúrgico cardial.

Diagnóstico histológico. — Epitelioma a células cilíndricas, glanduliforme. Neuritis y perineuritis epiteliomatosas. Perivascularitis epiteliomatosa. Lasnier, 10-VII-1947.

Ficha N° 177. — Foto macroscópica N° 47466. Preparado macroscópico del Museo del I.A.P. N° 5681. Preparado microscópico del Museo del I.A.P. N° 12.981.

Comentario al estudio anatómico patológico (Dr. Otero).

La sección del esófago se realizó demasiado cerca del tumor y obligó a hacer un recorte unos tres cms. por encima de la primera sección pero este fragmento no fué enviado para estudio como hubiera sido conveniente para saber si la sección pasó en tejido sano. El cabo inferior esofágico se retrajo mucho dando la impresión de ser más corto de lo que era realmente.

Reingreso. — Al cabo de dos meses más o menos de post operatorio reingresa por un cuadro diarreico datando de 20 días atrás que molesta intensamente al enfermo a tal punto que ha

quebrado completamente su moral y que lo ha llevado a un estado de extrema caquexia y deshidratación. Tiene hasta 10 ó 12 deposiciones en el día y no es posible detener este estado disenteriforme a pesar de la administración de ácido clorídrico y de medicación sintomática.

El enfermo sigue con su diarrea y fallece a los dos meses y algunos días de su operación.

No hubo ningún trastorno directamente imputable a la zona operatoria en cuanto se refiere a la calidad de la sutura y a la posibilidad de una deglución completamente normal hasta el último momento. No hubo complicaciones torácicas pleuro pulmonares, ni tampoco complicaciones peritoneales.

Es claro que su diarrea es imputable a la insuficiencia de jugos digestivos por la resección de la mitad superior del estómago y probablemente el enfermo no recibió cuidados adecuados para el tratamiento de esta complicación que no estamos acostumbrados a encarar.

No fué posible conseguir necropsia.

Dr. Stajano. — Ante todo quiero felicitar al Dr. Otero por el trabajo presentado y por el éxito de su caso. En realidad, para el que está entrenándose en esa cirugía, la lectura de su comunicación va a ser provechosa, por cuanto puntualiza una serie de puntos de la técnica y cuando se quiere abordar esa clase de cirugía, uno busca con ello de precisar pequeños detalles, porque las grandes directrices uno ya las tiene. En cuanto al fondo del asunto, yo voy a decir sinceramente lo que pienso en este tipo de Cirugía, que todos tenemos la obligación de empeñarnos en perfeccionar, y en pulir la técnica para obtener los mejores resultados a medida que se hagan más casos de este tipo de cirugía. Pero si bajo el punto de vista técnico, es cosa factible, y hoy más que nunca puesto que esa cirugía tiene éxito debido a los adyuvantes, a la gran transfusión, a la baronarcosis que permite operar con tórax abierto en dos cavidades: torácica y abdominal, con toda comodidad, sin shock, evitando los factores que puedan ser chocantes en el curso de la intervención, que los registra perfectamente el anestesista, que le dice si el enfermo respira mal, si se hace hipotenso, registrando en alta voz las incidencias del acto quirúrgico, previniendo las maniobras violentas, las tracciones de los mesos, de los neumogástricos en los hiatos esofágicos la tracción del cardio esófago, suprimiendo esos reflejos por el bloqueo local, y en fin, toda la serie de datos que son útiles e interesantes y que serán más perfeccionados a medida que se opere más.

La cirugía de esófago, del cáncer de esófago, es la indicación máxima

de esa vía. Yo no debería decir en la Sociedad de Cirugía que no pongo el menor empeño por operar un cáncer de esófago. Me repugna la indicación, pero digo sinceramente lo que pienso. En la extirpación del neo de esófago se tendrán éxitos cada vez mayores, cuanto más precoz sea la intervención. La extirpación de estos neoplasmas desgraciadamente no es con mucho suficiente como para compensar una cirugía tan extensa y grande. Lo valedero es que la técnica tiene que hacerse para otras indicaciones, como ser las estrecheces de tipo cicatrizal que se presentan al cirujano y que pueden curarse con esta ayuda mediante un entrenamiento grande para conseguirlo. En el neoplasma del esófago, mismo en el caso del Dr. Otero, se extirpa la lesión pero prácticamente las zonas ganglionares no se extirpan en totalidad y hacen que el neoplasma de esófago mismo operado precozmente, tenga sobrevida muy corta, por las metástasis ganglionares, por eso no siente inclinación por esa cirugía.

En el caso que operó el Dr. Otero, tuvo además que cortar adherencias, ya del tumor índice de su extensión sabiendo desde ya que va muerto en el esfuerzo que está realizando. De manera que es encomiable que se tienda hoy a realizar esa técnica para otras cosas, que no sean el neoplasma. Yo confieso que no opero un neoplasma de esófago por las razones antedichas. Por ensayo técnico, por entrenamiento, por convencimiento de que alivia al enfermo, prolongándole la vida cuatro o cinco meses y por la euforia que no tenía es conjunto de razones que obligan a perfeccionar esta técnica.

Creo por otra parte que la vía es muy importante para otras cosas, úlceras del estómago, cardías, etc., para hacer gastrectomías altísimas subtotales o totales y que se hacen admirablemente por vía tóraco-abdominal, entrando por la 8ª y 9ª costilla, y que se abordan con una facilidad extraordinaria y con menos shock que por la vía abdominal.

No sé si se me permitirá presentar rápidamente la placa de este último caso. Se trata de una úlcera altamente colocada, operada por toracotomía sobre la 8ª costilla. Gastrectomía subtotal alta con anastomosis pre-cólica de primera ansa yeyunal. Muestra placas de antes de la operación, a los ocho días de operada y después de semanas sucesivas. En el postoperatorio el enfermo se levanta al día siguiente de la operación, se saca drenaje, pleural a 8 horas, dos detalles de abordaje del diafragma y el pinzamiento del frénico y el abordaje abdominal dan una luz extraordinaria y se realiza la gastrectomía muy alta, en canal, puesto que la úlcera estaba muy cerca del cardías y se abocó el ansa yeyunal con el canal de la gran curva. La última radiografía de hace quince días, muestra una cámara gástrica de neoformación como hacen las gastrectomías.

Esta mañana abordamos otro caso también por la 8ª costilla, era un neoplasma avanzado, de pequeña curva, que pude haber resecado prácticamente; pero no quise realizar, porque mi enfermo no se hubiese beneficiado en nada con tal empeño.

En resumidas cuentas, la vía de abordaje torácica para cirugía de extirpación de los procesos muy altos, de pequeña curva del estómago, es

una vía extraordinaria para la comodidad y mucho más que por vía abdominal. Se exterioriza lo que se ve, la parte infra mesocólica, se busca el ansa yeyunal, se trabaja en el duodeno, con toda comodidad. La toracotomía izquierda como vía de abordaje abdominal es extraordinaria y como poco chocante también es impresionante.

La complicación pleural prácticamente es solucionada con la práctica del drenaje cerrado, con penicilina, aspiración periódica hasta las 24, 48 horas en que se retira el tubo. Persiste una pequeña parálisis del diafragma, que se ve en la radiografía al mes, pero es posiblemente temporaria, porque es hecha por pinzamiento.

Dr. Otero. — Yo agradezco al Prof. Stajano y al Dr. Ugon los comentarios y las felicitaciones.

Al Dr. Stajano, referente al estado de espíritu respecto a esta cirugía, en el sentido de que se sentiría inclinado personalmente a no hacerla, que por otra parte es el estado de espíritu en que están muchas personas de gran autoridad, me atrevería quizás a suponer que se debe a lo siguiente: se trata de una cirugía que ofrece todavía gran mortalidad, y que es descorazonante en el sentido de que da complicaciones post-operatorias difíciles de manejar y muy desagradables, y que evidentemente ese esfuerzo no está compensado por los resultados posibles y previsibles. Es evidente también, que probablemente si esta Cirugía pudiera hacerse o llegara a un margen de seguridad tan grande como ofrece la gastrectomía, por ejemplo, todas esas personas que, como el Dr. Stajano, consideran que no se sentirían inclinados a realizarla, posiblemente ellos también entrarían entre los que son partidarios de la resección.

Del punto de vista del neoplasma del esófago, se dice que es distinto de otros neoplasmas, en el sentido de que llega con más retardo, en el sentido de que invade muy precozmente las estructuras vecinas y en el sentido de que la sobrevida post operatoria en lo que se conoce de esta cirugía es muy corta y que da muy pocos resultados. En términos generales, como dijo el Dr. Ugon, se podría decir lo mismo de todos los cánceres, y la cirugía del cáncer en todas las localizaciones, excepto en unas pocas, es tan descorazonante como la del esófago. ¿Cuántos neoplasmas de estómago son resecables, y cuántas probabilidades de curas prolongadas pueden ser ofrecidas? Todos sabemos que son pocas y sin embargo nos empeñamos en esta cirugía con pasión y fe. Puede ser que sea un estado de espíritu transitorio pero yo creo que la cirugía del esófago es una cirugía que debemos realizar, que debemos empeñarnos en aprender y empeñarnos en que pueda llegar a practicarse con el margen suficiente de seguridad como para poder ser ofrecida. Creo que la resección de esófago debe estar en pocas manos, es decir que no es cuestión de que mucha gente tenga unos pocos casos sino de que un número limitado de personas adquieran una verdadera y amplia experiencia personal.

Respecto al caso que presenta el Prof. Stajano de úlcera alta del estómago reseca por vía torácica, yo lo conocía más o menos por referencias

de los ayudantes de su Clínica. Me parece que ella nos resuelve una dificultad de abordaje en las úlceras *muy altas* del estómago en una forma completamente satisfactoria, y todo el que haya utilizado la vía torácica, sabe perfectamente bien la exposición amplísima y clara que esta vía da del abdomen supra-mesocólico, a través de la 8ª costilla ampliamente reseçada y con qué sorprendente facilidad se puede realizar la resección baja del estómago y traer un ansa yeyunal hacia arriba, y todo eso es perfectamente posible de manera que evidentemente la contribución del Dr. Stajano en ese sentido es muy interesante y a tener en cuenta para resolver una situación a veces muy difícil si se opera por vía abdominal. Creo que él también vió operar al doctor Resano y posiblemente algunas de sus directrices han surgido en esa oportunidad.

Agradezco al Dr. Ugon los comentarios que ha hecho, estoy completamente de acuerdo con todo lo que ha dicho. Respecto a la operación de Torek me siento inclinado a la misma impresión de que es una operación sumamente precaria y de resultados sumamente desagradables para el enfermo. El doctor Resano tiene esa misma impresión, da seguridad en el sentido de que el enfermo no se muere, pero es muy desagradable en el post-operatorio, obligando a plastias sucesivas penosas que muy a menudo llegan a su término cuando el enfermo se acerca al final de su vida por la evolución ulterior del cáncer. He visto una serie de enfermos que venían a complementar sus plastias y a buscar cuidados que resultan muy enfadosos y que en conjunto ofrecían un aspecto muy poco simpático. Evidentemente hay que tratar de hacer la resección del esófago con anastomosis que ha llegado ya en otros medios a un grado suficiente de perfeccionamiento y de seguridad, y que se está haciendo en situaciones bastante altas con anastomosis por encima del cayado aórtico.