

“DESPOJO ESOFAGICO POR VIA ABDOMINAL”

Dr. Carlos Esteves Edderman *
Dr. Trino Andrade Zambrano **

Las Esofaguectomías que requieren de un procedimiento mayor como es la combinación de la Laparotomía con Toracotomía, que debilita al paciente y más aún cuando se hacen anastomosis intestinales dentro del Tórax, cuyas dehiscencias es el mayor factor que contribuye al alto porcentaje de morbilidad y mortalidad en el reemplazo Esofágico, obliga a adoptar una conducta quirúrgica que nos permita salvar estos grandes problemas, tanto para las Enfermedades Benignas que requieran la extirpación de este órgano, como son las Estenosis totales; o en las Malignas, donde la sobre vida es igual en las Cirugías Radicales como en las Paliativas, donde más importante es restablecer el Tránsito Intestinal para la alimentación del paciente, así como retirar la gran masa celular cancerosa que le permita a los agentes Quimioterápicos actuar con menos dosis.

Recurrimos a la Disección roma del Esófago a través del mediastino, en sus tercios superior e inferior, y luego a la Esofaguectomía sin Toracotomía.

Esta operación fue realizada primero por DENK (1913) pero sólo en cadáveres usando el instrumento de las Flebectomías.

- * Profesor de Cirugía de la Universidad de Guayaquil. Cirujano de Planta, Hospital Regional del IESS - Guayaquil.
- ** Residente R - 4 Post - Grado de Cirugía - Hospital Regional del IESS. Guayaquil.

Luego Turner en 1936 lo realiza, pero restablece la continuidad del tracto digestivo con un tubo de piel en la pared anterior del Tórax.

Posteriormente esta Técnica ha sido realizada esporádicamente, algunos Cirujanos como ONG y LEE, LEQUESNE y RANGER la efectuaron pero con Laringo - faringuectomía.

KIRK la usó como Paliativa en Cáncer incurable, tanto en el tercio superior como en el medio, y en el inferior.

THOMAS y DEDO la efectuaron en estenosis caústica, y lo reemplazaron con el Estómago subiéndole por el Mediastino Posterior y haciendo anastomosis de la Faringe al Estómago en el cuello.

El peligro de la hemorragia Mediastinal se disipa con las experiencias de los autores que posteriormente presentaron en mayor número de casos y que actualizaron el Método, ORRINGER, SLOAM y ARBOR de Michigan (1978) y AKIYAMA e HIYAMA en el año 1974.

De allí que la técnica ha sido popularizada como ORRINGER - AKIYAMA.

MATERIALES Y METODOS

Por primera vez en el Hospital Regional del IESS de la ciudad de Guayaquil, efectuamos Esofaguectomía sin Toracotomía, previa Disección Roma del Mediastino en sus tercios Superior e Inferior, y luego se lo extrae por vía abdominal. El día 1º de Abril de 1986, se interviene Quirúrgicamente al afiliado J.A.N. de 74 años de edad, por presentar Estenosis Total del tercio inferior de Esófago que ponía en peligro su supervivencia. Se coloca al paciente en posición decúbito dorsal y se le efectúan dos incisiones, la primera de Laparotomía Media supra -

infraumbilical, no se encuentran signos de otra Patología abdominal, se incide el Peritoneo en unión Gastro – esofágico, se disecciona a través de un amplio Hiatus que tenía el Paciente, el Esófago en una extensión de unos 12 cms. se palpa la lesión y no se encontraba adherido a la Pleura. En el cuello se hace incisión de unos 5cms. en el borde anterior y parte inferior del músculo Esternocleidomastoideo Izquierdo, se disecciona el Esófago Cervical, luego hacia abajo con disección roma se aísla el Esófago Torácico hasta llegar a la cara posterior del Cayado Aórtico. Se incide la pared anterior del cuerpo Gástrico y que luego servirá para la anastomosis intestinal, se pasa una sonda plástica forzando la estenosis y se llega al Esófago Cervical, se secciona y luego se anuda el cabo distal a la sonda, para proceder a halar la sonda que trae toda la extensión del Esófago y sale invertido por la Gastrotomía, se coloca clamp de Payr a unos 6 cms. distal de la lesión y se lo extirpa, no existe sangrado mediastinal, se introduce un tubo de esponja hemostática, se aísla el Colon Derecho conservando la vascularización y se disecciona retroesternalmente para llevar el Colon Derecho hacia el cuello, donde se hace la anastomosis Colo – Esofágica. Se hace Píloroplastia de Weinberg.

RESULTADOS

Esto concuerda con los Resultados de otros autores, la muerte no está relacionada con la Técnica, pues el temido y esperado sangrado Mediastinal no se presenta por la contracción de la pared vascular, y si se siguen ciertas precauciones como una buena evaluación del caso, que no exista adherencia o infiltración a Pleura, o a los grandes Vasos a nivel del tercio medio, la hemorragia no se presenta. Nuestro Caso falleció a los 6 días de una Tromboembolia Pulmonar con Paro Cardiorespiratorio súbito.

DISCUSION

Nosotros creemos que este abordaje Quirúrgico es ventajoso para los pacientes tanto en las lesiones Benignas que requie-

ran extirpación del Esófago o en las Malignas como Método Paliativo, considerando que la sobrevida a la operación y al tratamiento complementario de Quimioterapia o de Radioterapia es la misma que en los pacientes a quienes se les ha realizado una Cirugía agresiva como es la Radical, y donde hay que efectuar Tóraco – Laparotomía cuyo Strées debilita al paciente. El restablecimiento del Tracto Digestivo es optativo, se puede llevar el Estómago por el Mediastino Posterior por el lecho donde estaba el Esófago, o por vía Retroesternal, con el Colon, en cualquiera de los dos casos se hacen las anastomosis fuera del Tórax, y se evita los malos resultados en caso de deshiscencia de anastomosis Intestinal.

En los Cánceres Esofágicos, la posibilidad de recurrencia del tumor en la línea de sutura es mínima, debido a que saca todo el Esófago, con la mayor simplicidad, y a pesar de que se lo puede hacer en los pacientes jóvenes, es ideal para los de edad avanzada que son los pacientes que más presentan éstos Cánceres Esofágicos, debido a la inferioridad Cardiorespiratoria que tienen pues, esta técnica evita abrir Tórax.

Cuando se hace la anastomosis del Estómago con el Esófago Cervical hay el peligro de las estrecheces por el reflujo Gástrico, con el sangrado y Esofagitis como complicaciones serias.

Mark Orringer, monitoriza el sangrado y el promedio fue menor a 1.350 ml., es decir menos que lo que puede perder en una Toracotomía, más bien las muertes no se relacionan con la Técnica, estas son Neumotórax, Derrame Pleural, ronquera por sección del Laringeo Inferior, Tromboembolia Pulmonar y Absceso Subfrénicos.



Fig. No.1 OBSERVAMOS EL COLON DERECHO DISECADO, CONSERVANDO LA VASCULARIZACION, PARA HACER LA ESOFAGO - COLOPLASTIA.

Fig. No. 2 SECCION DEL COLON TRANSVERSO ENTRE CLANES DE PAYR







Fig. No. 3 CERVICOTOMIA Y DISECCION DEL ESOFAGO CERVICAL.

Fig. No. 4 EXTRACCION DEL ESOFAGO TRAYENDOLO POR LA GASTROTOMIA NO HAY SANGRADO MEDIASTINAL.

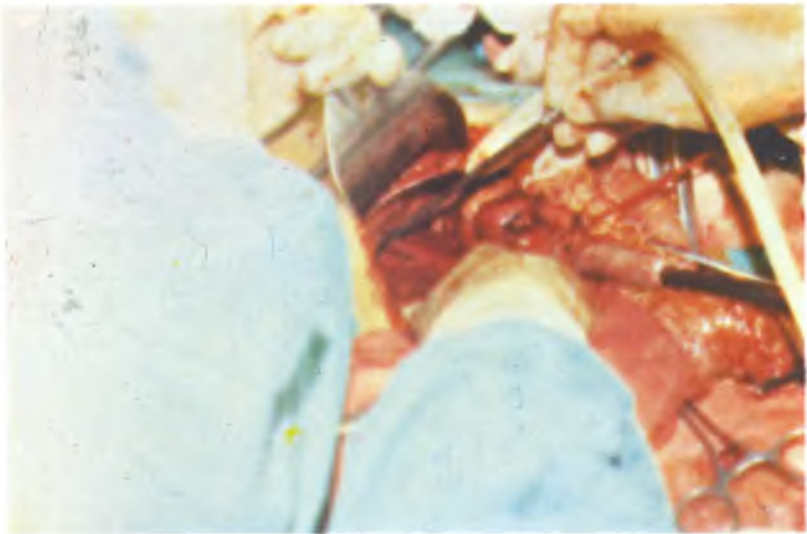
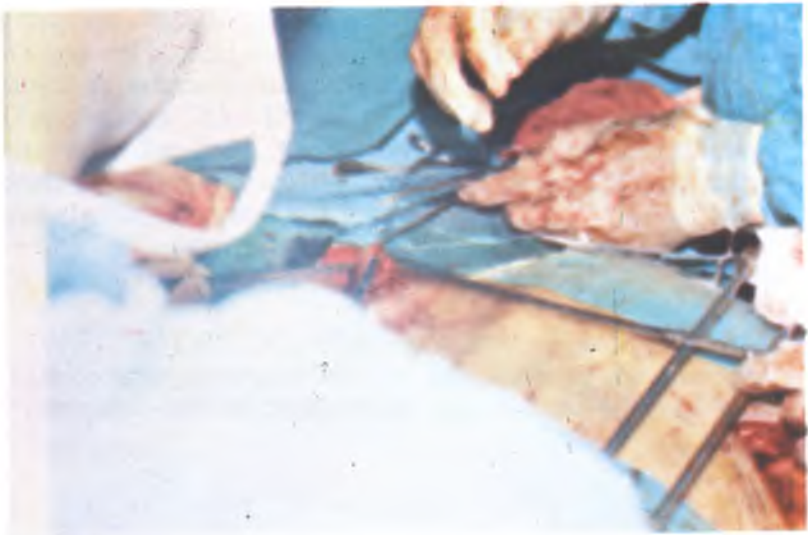




Fig. No. 5 ESOFAGO EN TODA SU EXTENSION UNA VEZ EXTRAIDO, DONDE SE VE LA LESION DEL TERCIO INFERIOR.

Fig. No. 6 ANASTOMOSIS A NIVEL DEL CUELLO ENTRE ESOFAGO CERVICAL Y COLON.



CONCLUSIONES

- 1.- *La técnica es ideal para pacientes de edad avanzada.*
- 2.- *Se la puede efectuar para lesiones Benignas o Malignas.*
- 3.- *No se produce sangrado Mediastinal masivo.*
- 4.- *Permite quitar el gran Stress Quirúrgico de la Toracotomía.*
- 5.- *Permite restablecer el Tracto Digestivo por vía Mediastinal Posterior o Anterior.*
- 6.- *Las anastomosis Intestinales se hacen fuera del Tórax.*
- 7.- *Es ideal para las lesiones de los tercios superior e inferior.*
- 8.- *Las del tercio medio se puede extraer el esófago con esta técnica pero con un buen estudio de TAC., para certificar no existan adherencias o infiltraciones a los grandes vasos o pleura.*

RESUMEN

En el Hospital Regional del IESS de la ciudad de Guayaquil se opera el primer caso de Esofagectomía sin Toracotomía, extirpándolo por vía Abdominal, en un paciente que tenía una Estenosis total del tercio inferior del Esófago, previa disección roma del órgano en los tercios superior e inferior, sin complicación de sangrado masivo Mediastinal. Se restablece el Tracto Digestivo con Colon Derecho llevándolo al cuello por vía Retroesternal. Teniendo Resultados iguales como los describen Orringer y Akiyama, se analiza las ventajas de esta Técnica sobre las que efectúan Toracotomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *ONG GB, LEE TC.; Pharyngogastric anastomosis after Oesophago pharyngectomy for carcinoma of the hipopharynx and cervical oesophagus. Br. J. Surg 48:193,1960.*

- 2.- LEQUESNE LP. RANGER R., Pharyngolaryngectomy, with immediate pharyngogastric anastomosis. *Br. J. Surg* 53: 105, 1966.
- 3.- AKIYAMA H. SATO Y, TAKAHASHI F., Immediate pharyngogastrostomy following total oesophagotomy by blunt dissection. *Jpn J Surg*: 1:225, 1971.
- 4.- KIRK RM., Palliative Resection of oesophageal carcinoma without formal thoracotomy. *Br. J. Surg.* 61:689, 1974.
- 5.- AKIYAMA H. HIYAMA M., A simple esophageal bypass operation by the high gastric division. *Surgery* 75:674, 1974.
- 6.- ORRINGER MB, SLOAM H., Subesternal gastric bypass of the excluded thoracic esophagus for palliation of esophageal carcinoma. *J. Thorac Cardiovasc Surg* 70:836, 1975.
- 7.- ORRINGER MB., SLOAM H., ARBOR A.: Esophagectomy without thoracotomy *J. Thoracic Cardiovasc Surgery* 76: No. 5,643, 1978.
- 8.- ORRINGER MB, KIRSH MM., SLOAM H., New trends in esophageal replacement for benign disease. *Ann Thorac Surg* 23:409, 1977.
- 9.- THOMAS AN., DEDO HH.; Pharyngogastrostomy for treatment of severe caustic stricture of the pharynx and esophagus. *J. Thorac Cardiovasc Surg* 73:817, 1977.
- 10.- ORRINGER MB., KIRSH MM., SLOAM H.; Esophageal replacement for benign disease, *J. Thorac Cardiovasc Surg* 73: 807, 1977.

