

CRITERIO TERAPEUTICO ANTE EL CÁNCER DE ESÓFAGO

J. A. CURTO CARDÚS, L. SALVADOR FERNÁNDEZ MENSAQUE

En realidad la presentación de nuestros pacientes afectos de neoplasia de esófago no obedece al deseo de recapitular una estadística, puesto que el modesto número de enfermos que se citan no es suficiente para esta denominación; tampoco tratamos de efectuar una revisión, ya que el tiempo transcurrido es poco. Por estas razones, siendo fieles al enunciado de esta comunicación, nuestro deseo es manifestar el criterio terapéutico según el cual estamos actuando y dar a conocer nuestros resultados inmediatos.

Ante todo, consideramos que todo problema oncológico no puede ser abordado totalmente desde el punto de vista unilateral de un solo especialista, ya que hoy día los enfermos neoplásicos deben ser tratados en centros oncológicos donde se discutirá cada caso clínico entre el cirujano, radioterapeuta, anatomopatólogo, internista, etc., y como tal se utilizará la técnica más adecuada según el momento evolutivo de la enfermedad neoplásica o incluso la sumación de efectos de varias terapéuticas (cirugía, terapia, antimetabólicos, etc.).

Fieles a estas ideas, venimos colaborando con el Servicio de Radioterapia en distintos casos de neoplasias, y también en lo que a neoplasia de esófago se refiere. Actualmente utilizamos el "sandwich" roentgenoterapia-cirugía-roentgenoterapia, preparando al enfermo con dosis pequeñas (2500-3000 rads. máximo), logrando con ello una mejoría local de la neoplasia, a la vez que el paciente puede alimentarse perfectamente en la mayoría de los casos, sin recurrir a la triste gastrostomía de antaño, mejorando también la situación psicológica del enfermo y haciéndole confiar en su curación.

La cirugía sucede a esta fase una vez pasados 10-15 días de la roentgenoterapia. Si bien no podemos hablar como oncoterapeutas, pero sí como cirujanos, diremos que el campo operatorio no sólo no ofrece dificultades para la disección sino que las facilidades quirúrgicas son muchas.

Consideramos ventajosa la colaboración de la roentgenoterapia con la cirugía por varios motivos:

- 1.º Sabemos que la aplicación de radiaciones con carácter radical mejora la sintomatología disfágica al llegar a 2.500 rads. y desaparecen las lesiones macroscópicas a los 5.500-6.000 rads., administrados en cinco semanas. Sin embargo, esta pauta lleva consigo la producción de esofagitis importantes que se transforman en lesiones irreversibles, si superamos esta dosis que debe ser considerada como dintel de tolerancia tisular.

Existe, pues, un tope tras el cual se pierden las ventajas obtenidas al principio. Esta barrera es común a la dosis citada tanto cuanto se administran con roentgenoterapia, cobaltoterapia, betatron, etc. En cualquier caso, la regla es la reactivación de las lesiones pasado un plazo de meses, la reimplantación de la neoplasia sobre un tejido irradiado impobilita nuevas intervenciones físicas.

2.º Las irradiaciones con dosis superiores a los 3.000 rads., si bien son consideradas eficaces, condicionan notables alteraciones de los tejidos irradiados dificultando las técnicas quirúrgicas con posterioridad.

3.º Visto lo que antecede, llegamos a la conclusión de que era necesario aprovechar las ventajas de la primera fase de la irradiación; es decir, de aquella dosis que siendo suficiente para mejorar la luz esofágica no entrañaba aún riesgos de alteraciones tisulares que dificulten la intervención. Este hecho ya había sido comprobado en otras localizaciones neoplásicas: laringe, pulmón, útero, etc. Por ello propusimos irradiar con 2.500-3.000 rads. a los pacientes en fase previa, intercalando después un período de 15 a 20 días de intervalo entre irradiación e intervención. Este período es conveniente porque durante el mismo tiene lugar la acción biológica de la dosis impartida.

Con ello creemos conseguir las siguientes ventajas:

- a) Bloqueo de la actividad oncótica.
- b) Mejora de la disfagia con la consiguiente recuperación del estado general del paciente.
- c) Mejora de las condiciones del campo quirúrgico con disminución de la infiltración intra y extraesofágica.
- d) Disminución de la actividad oncogénica de las células diseminadas en el acto quirúrgico, que se encuentran desvitalizadas, y, por tanto, en inferioridad de condiciones para su implantación metastásica.

4.º Finalmente se procede a la irradiación postoperatoria, en un período de tiempo aproximado de tres meses después de la intervención. Esta fase tiene por objeto completar la dosis aplicada en principio con carácter eminentemente profiláctico, es decir, irradiando a través de grandes campos la totalidad del mediastino con una dosis aproximada de 3.000 rads. en cuatro semanas. Esta dosis es, a nuestro juicio, suficiente para inactivar posibles zonas infiltradas con carácter microscópico.

Las técnicas de irradiación utilizadas han sido: roentgenoterapia pendular con 280° en la primera fase y roentgenoterapia convencional estática en la segunda. Las dosis consignadas se entienden a nivel de las zonas afectadas.

CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS. — En relación a la situación anatómica de la neoplasia, consideramos que hablar de tercio superior medio e inferior son términos que, si ciertamente han tenido una aceptación para uso

práctico desde el punto de vista radiológico, anatómico e incluso como pronóstico clínico, carecen de precisión suficiente cuando de cirugía del esófago se trata. Nos parece mucho más concreta la división del esófago en cervical, torácico y abdominal.

A su vez, el esófago torácico se subdivide en tramo supraaórtico (por encima del cayado), paraaórtico (segmento vascular y pedicular) y esófago infraaórtico.

Este segmento lo dividimos en infraaórtico superior e inferior (límite hasta el diafragma). Consideramos esta división más segmentaria y concreta a efectos de táctica quirúrgica (fig. 1).

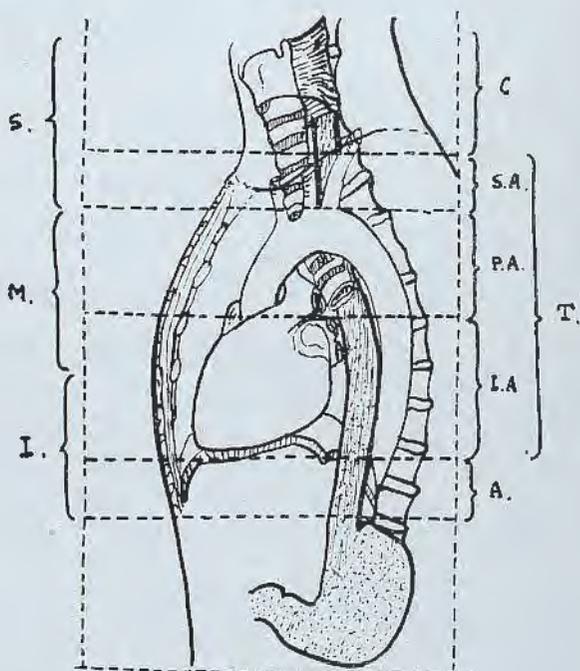


FIG. 1

Si bien creemos que es una premisa fundamental el establecer en cirugía un buen campo operatorio y una perfecta vía de abordaje en relación con la lesión que se va a tratar, esta premisa, cuando se trabaja en esófago, toma caracteres de suma importancia.

El esófago cervical lo abordamos por una incisión de faringotomía, que

sigue el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo desde el cuerpo del hioides hasta su inserción costal.

El esófago torácico supraaórtico y paraaórtico se aborda bien a través de una toracotomía a nivel de la 5.^a costilla con exéresis de la misma.

El esófago infraaórtico se aborda perfectamente según la altura de la lesión a través de la 7.^a u 8.^a costilla.

Las neoplasias de esófago abdominal las abordamos por tóraco-freno-laparotomía (LORTAT-JACOB), creyendo actualmente que, una vez subsanados los problemas técnicos de correcto cierre, es la mejor vía para la exéresis de una neoplasia cardial con extensión a estómago y a correderas ganglionares (coronaria, esplénica, hepática, epiplón gástrico, etc.). Si bien es cierto que al comienzo de nuestra cirugía esofágica usábamos la vía abdominal pura, por la cual es factible la disección de la región y del esófago abdominal, el margen de seguridad de la sección esofágica (cuando menos, 3-4 cm por encima de la lesión) y las consideraciones expuestas nos hacen utilizar sólo esta vía para aquellos pacientes cuyo aparato respiratorio no esté en condiciones de soportar una toracotomía.

La vía derecha o izquierda han sido utilizadas en distintos casos; actualmente consideramos como vía de elección la toracotomía izquierda, por su mayor seguridad de disección (posibilidad de control aórtico), así como la facilidad de traslado de la víscera que se utiliza para la plastia (estómago, la mayoría de los casos), puesto que a través del diafragma llevamos a cabo la gastrolisis. Empezamos utilizando la vía derecha por su mayor facilidad técnica y huyendo un poco de la maniobra de descruzamiento aorto-esofágico. Consideramos que, una vez dominada la técnica, es la vía izquierda la de elección, tal como afirma desde hace años LORTAT-JACOB.

En cuanto a la víscera a ascender para restablecer la continuidad del tramo digestivo preferimos el estómago, con anastomosis a lo SWEET. En los casos de neoplasia cardial hemos utilizado el intestino delgado en forma de interposición tipo LONGMIRE, BOEREMA, por considerar que esta plastia es la más fisiológica en cuanto a lo que a trastornos funcionales postoperatorios se refiere (anemia, diarrea, agastría quirúrgica, etc.).

En cuanto a las neoplasias del segmento supraaórtico, si bien hemos practicado en dos casos la operación de Thorek, los malos resultados obtenidos nos hacen pensar que esta intervención, no sólo en nuestras manos, sino en las de otro cirujano (MORENO, GONZÁLEZ BUENO, 75 % mortalidad; RICHARD, 48 % exitus), no es la solución de este tipo de neoplasias.

Actualmente no indicamos la cirugía para las neoplasias cervicales. No hemos practicado ninguna operación de WOOKEY. En cuanto a las anastomosis esofágicas, haremos una pequeña referencia a ellas por la "mala fama" de que gozan en los medios quirúrgicos.

Hemos vivido una primera fase en la que la anastomosis representaba

para nosotros una verdadera preocupación: utilizábamos la típica sutura de SWEET en tres planos. En este período cosechamos alguna dehiscencia.

Actualmente practicamos la sutura en un solo plano, al igual que en el resto del aparato digestivo. En nuestros 14 últimos esófagos resecaados no hemos tenido una sola dehiscencia y desde el punto funcional anatómico la amplitud y el paso de la boca es inmejorable.

Índice de operabilidad. — Nuestro índice es alto (84%), aunque no dudamos en aceptar que ello es debido al hecho de tratarse de nuestra primera serie de pacientes, lo cual nos ha hecho mostrarnos parcos en las contraindicaciones. A medida que vamos adquiriendo cierta experiencia en relación con nuestros malos resultados, creemos estar en la línea de seleccionar mejor los casos.

Actualmente practicamos test preoperatorio con exploración del aparato respiratorio y circulatorio. Las pruebas respiratorias son de una utilidad básica para establecer el riesgo quirúrgico y el criterio de operabilidad. Pediremos: Espirografía. Pruebas broncodinámicas. Estudio del volumen residual. Radioscopia dinámica, así como análisis en sangre arterial de la saturación oxihemoglobínica ($Sa O_2$) y la presión de CO_2 ($Pa CO_2$). La edad, según el decir de algunas escuelas, parece limitarse a los 60 años. Nosotros creemos que este límite, de por sí, no constituye contraindicación si el resto de las pruebas y estado general del paciente no lo constituyen. Practicamos siempre una biopsia peroperatoria a través de esofagoscopia. La broncoscopia es obligada en las neoplasias de la región para o supraaórtica.

No utilizamos sonda orofaríngea, a no ser que temamos una dilatación de la viscera ascendida. Cuando es así, utilizamos una sonda de plástico muy fina y marcada con cinta radiopaca.

Drenamos la cavidad torácica a pesar de no haber actuado sobre el parénquima pulmonar. Utilizamos tubos especiales de toracotomía que tienen una cinta radiopaca, la cual nos facilita su situación radiológica (figura 2). Practicamos radiografía diaria en el postoperatorio, retirando la sonda de toracotomía a las 48 horas y dando de beber al paciente a partir del cuarto día.

Siempre que ha sido posible, aprovechamos el período de roentgenografía preoperatorio para iniciar al paciente en la respiración abdominal y ejercicios respiratorios, que nos da muy buenos resultados en el postoperatorio precoz.

Criterios de reseabilidad. — Nuestro porcentaje de reseabilidad también es elevado (72%), lo cual quiere significar que hemos resecaado pacientes en condiciones límite. Ello, si bien es cierto que comporta un mayor riesgo, es lógico si se considera nuestro punto de vista terapéutico en relación a la neoplasia de esófago.

Las condiciones especiales de difusión linfática de la neoplasia esofágica hacen que nuestro criterio operatorio en vistas a la curación de dicha neoplasia sea muy modesto. Pero, si bien es cierto que las supervivencias por encima de cinco años son pocas (LORTAT-JACOB), también lo es que la neoplasia de esófago no reseca da trae consigo una serie de trastornos y complicaciones (disfagia completa, perforación, fístula bronquial, depauperación, etc.) que el solo hecho, después de una exéresis, de proporcionar al paciente un mayor "confort" y la posibilidad de alimentarse normal-

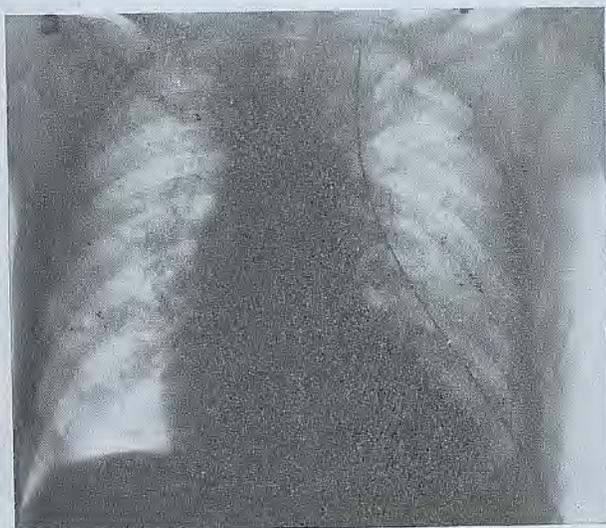


FIG. 2

mente es suficiente, según nuestro criterio, para aumentar la reseca bilidad, mejorando la supervivencia postoperatoria en vistas a dichos resultados, considerados paliativos. Esto nos ha inducido a ampliar, pues, el margen de operabilidad, incluso en algún paciente con metástasis hepáticas, ya que estamos convencidos de que antes habría muerto por las complicaciones inherentes a su neoplasia primitiva, o condenado a una gastrostomía, que víctima de sus metástasis. En alguno de estos casos hemos reseca do la neoplasia por vía torácica y, una vez mejorado el enfermo, hemos llevado a cabo por vía abdominal una infusión hepática intraarterial con antimitóticos. El porvenir de estos pacientes será corto, pero más feliz. No hay duda de que, a pesar de ello, contraindicamos la exéresis cuando existan metástasis pulmonares, adenopatía metastásica supraclavicular o siembra peritoneal.

A continuación presentamos algunas de las circunstancias inherentes a nuestros casos y resultados:

<i>Pacientes afectados de neoplasia de esófago visitados</i>	39
Intervenidos	33 (84%)
Resecados	28 (72%)



FIG. 3



FIG. 4

Neoplasia de cardias tratada con resección y anastomosis esófago-yeyunal en Y de Roux.

Edad de los pacientes:

De 30 a 40 años	1
De 40 a 50 "	6
De 50 a 60 "	22
De 60 a 70 "	8
De 70 a 75 "	2
	39

El paciente más joven tenía 35 años, y el más anciano, 75.

Hombres	34
Mujeres	5

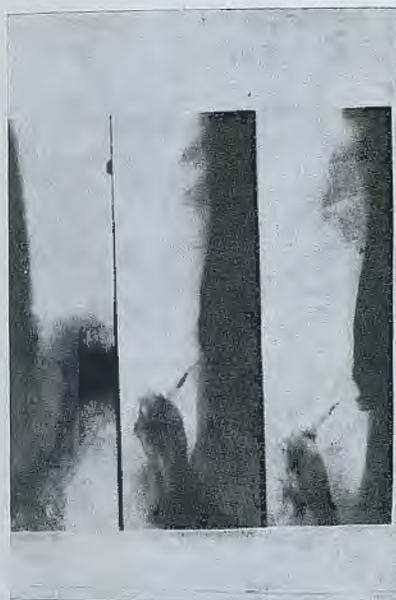


FIG. 5

FIG. 6

Neoplasia de cardias tratada con resección e interposición yeyunal entre esófago y antro.

Anatomía patológica (Dr. CAÑADAS):

Adenocarcinoma	19
Carcinoma pavimentoso queratinizante	11

Pacientes considerados no quirúrgicos 6

Causas:

- I. Perforación gástrica por corticosteroides durante el período de preparación. Úlcera de "stress".
- II. Exitus en el curso de la irradiación preoperatoria.
- III. Riesgo grave operatorio según pruebas respiratorias.
- IV. Fimias pulmonar con baciloscopia positiva.
- V. Neoplasia esófago-cervical.
- VI. Riesgo muy grave según pruebas respiratorias.

Pacientes intervenidos no resecaados 5

Causas:

- I. Neoplasia paraaórtica. Imposibilidad de disección del cayado.
- II. Neoplasia de cardias. Ascitis y siembra peritoneal neoplásica.
- III. Neoplasia de cardias. Adenopatías metastásicas múltiples en mesenterio.
- IV. Neoplasia de cardias. Siembra peritoneal neoplásica.
- V. Neoplasia paraaórtica. Fístula esófago-bronquial. Placa aórtica de invasión neoplásica.



FIG. 7



FIG. 8

Neoplasia del segmento infraaórtico tratada con resección, descruzamiento y anastomosis a nivel del cayado aórtico.

Situación anatómica de la neoplasia:

Esófago cervical	1
Esófago supraaórtico	2
Esófago paraaórtico	9
Esófago infraaórtico	10
Esófago abdominal y cardias	17



FIG. 9

Neoplasia paraaórtica tratada con resección, descruzamiento y anastomosis supraaórtica.



FIG. 10



FIG. 11



FIG. 12

Detalles de la anastomosis supraaórtica esófago-gástrica a lo SWEET.

Resecciones: 28.

Esófago cervical	0
Esófago supraaórtico	2
Esófago paraaórtico	4
Esófago infraaórtico	8
Esófago abdominal y cardias	14

Tipo de operación practicada

Anastomosis gastroesofágica a lo SWEET	17
Interposición yeyunal entre esófago y duodeno	4
Interposición yeyunal entre esófago y antro gástrico	3
Esófago-yeyunostomía a lo Roux	3
Thorek	2
"Second loock"	2
Esofagostomía + gastrostomía	1

Mortalidad en el postoperatorio inmediato:

Operados	34	Exitus	8 (23,5%)
Resecados	28	"	7 (25 %)
Segmento supraaórtico	2	"	2 (100 %)
" paraaórtico	4	"	1 (25 %)
" infraaórtico	8	"	0 (0 %)
Esófago abdominal y cardias	14	"	4 (28 %)

Mortalidad posterior:

Exitus en el 1. ^{er} semestre	3
Exitus en el 2. ^o semestre	1
Exitus en el 3. ^{er} semestre	1
Desconocido	1

Supervivencia actual 16

1 a 6 meses	6
6 a 12 meses	4
1 a 1 1/2 años	3
1 1/2 a 2 años	1
2 a 3 años	1
Se desconoce	1

Sólo nos resta decir que los pacientes que sobreviven se encuentran en estado satisfactorio, incluso alguno de ellos continúa trabajando.

Tenemos un contacto mensual con ellos y practicamos radiologías con frecuencia. En cuanto a los trastornos funcionales postresección diremos que las resecciones esofágicas con restitución de la continuidad tipo SWEET, si bien comportan una ligera diarrea durante los primeros 15 días, logran en seguida la normalidad del tránsito intestinal, recuperando el peso perdido.

En las resecciones gástricas totales, las cosas son más difíciles; pero, utilizando la interposición intestinal, la diarrea va quedando reducida a una o dos deposiciones pastosas durante el primer mes. No hay que decir que la posibilidad de conservar el antro y píloro en estas interposiciones nos ha dado resultados funcionales todavía mejores. Según nuestro parecer, la esofagoyunostomía en Y de ROUX es la intervención que conlleva mayores trastornos funcionales. En cuanto al problema de la piloroplastia, en aquellos pacientes en que ésta no es factible por vía torácica pura (nosotros la hemos practicado dos veces por esta vía) puede teóricamente crear problemas de estasis en el estómago ascendido. La mayoría de las escuelas que practican cirugía esofágica utilizando esta vía tienen un mínimo de pacientes a los que practican en un segundo tiempo, al cabo de 2 o 3 meses, una piloroplastia por vía abdominal. Nosotros tenemos varios enfermos a los que no practicamos piloroplastia y no hemos observado ningún trastorno funcional, sino al contrario, una normalización rápida de su tránsito intestinal. Consideramos que si bien a dichos enfermos se les practica una vagotomía, también es cierto que se reseca la parte secretora proximal gástrica, que a su vez es la que mayor facilidad presenta a la distensión (LORTAT-JACOB, DÍEZ CASCÓN).

Creemos que nos hallamos en período de iniciación a los problemas de la cirugía esofágica, que sobre nuestros errores intentamos mejorar nuestros modestos resultados y que nos sentiremos compensados si, a través de ellos, este tipo de cirugía pierde la "mala prensa" que ha venido cosechando, que a su vez es la razón de que pacientes que podrían beneficiarse de la cirugía con un amplio margen de posibilidades, no lleguen al cirujano o le lleguen después de haber sido tratados incorrectamente.

Ciudad Sanitaria de la S. S. Barcelona.

DISCUSIÓN

DR. JULIÁ DAURELLA. — Comenta una película de Carlo Erba en la que se practicaba una resección de esófago torácico a través de una triple incisión cervical, torácica y abdominal. El estómago quedaba en posición retroesternal.

DR. BONNIN. — Felicita al comunicante.

DR. PI-FIGUERAS. — Manifiesta que son operaciones de extraordinario interés, pero poco agradecidas. No obstante, hay que hacerlas.

Personalmente, él prefiere la interposición de un asa.

Pregunta qué sustancias utiliza como antimotóricos y cómo se administran. No hay que hablar de hacer uno o más planos, sino hacerlos bien.

Contesta el comunicante:

Al Dr. JULIÁ DAURELLA: Las estadísticas demuestran que las anastomosis retroesternales tienen resultados poco satisfactorios.

Al Dr. PI-FIGUERAS: En las anastomosis altas es difícil elevar el intestino, siendo más fácil hacerlo con el estómago.

En cuanto a los antimotóricos, usa el SGP y el SPL.

Ahora no tienen dehiscencias no porque suturen en un solo plano, sino por el mejoramiento de la técnica, incluyendo la vía de aberdaje.

HEPATECTOMÍA IZQUIERDA

J. BONNIN BONNIN, P. PRIM MERCADER, J. PIZARROSO GONZÁLEZ,
J. PI-FIGUERAS BADÍA

La indicación de hepatectomía reglada, es decir, la resección de porciones de parénquima hepático, más o menos amplias, con autonomía anatómica desde el punto de vista vascular y excretor, surge raramente en nuestro ambiente quirúrgico, pero lo hace inesperadamente.

Gracias a los estudios anatómicos de COUNEAUD pueden llevarse a cabo resecciones hepáticas amplias (del 20 al 80%) con indemnidad del parénquima restante y, gracias a la gran capacidad de reserva funcional hepática y al poder regenerativo de su parénquima, los enfermos pueden sobrevivir a tales resecciones.

No vamos a entrar en detalle sobre nomenclatura, fundamentos anatómicos y fisiopatológicos de las hepatectomías y, si no hacemos historia, no es por olvido ni por falta de respeto, sino porque el tiempo apremia.