

Vías Quirúrgicas de Acceso al Esófago.

Por el Dr. ROBERTO C. FERRARI,
de Buenos Aires, Argentina.

Son numerosas las vías de acceso ensayadas y realizadas con resultado variable para abordar al esófago en las diferentes porciones de su recorrido. La situación del órgano, -localizado en la parte más profunda y más difícilmente abordable del mediastino, explica las dificultades que la cirugía ha debido vencer antes de llegar a la solución de los problemas que plantean las operaciones sobre el mismo. El número de ensayos infructuosos es crecido y la variedad de procedimientos imaginados es considerable. Si se lee con espíritu crítico la bibliografía a que han dado lugar estos ensayos, puede observarse que la mayor parte de estas operaciones están absolutamente condenadas en la actualidad, y sólo sirven ahora para enseñar *algo de lo que no se debe hacer*. Sólo unas pocas vías de acceso han hecho sus pruebas y han quedado definitivamente consagradas como adquisiciones de valor; son verdaderos jalones en esta difícil cirugía, que deben ser 'considerados puntos de partida para seguir adelante.

Los trabajos que pueden recogerse en la literatura científica deben dividirse en dos grandes grupos: por una parte, los que corresponden al período de ensayos! y de tanteos que comenzó con *Nasilow y Rehn*, siguió con *Faure, Forgue, Brñmt, Potarca, Biondi, Tuffier y Gosset* y termina con *Sauerbruch, LUienthal, Gorbbrandt, Fischer y Meyer*. Por otra, el período actual que marca algunas adquisiciones que pueden clasificarse como definitivas y que se inicia en 1913 con *Zaaijer y Frank Torek*, sigue con *Hedblon, Eggers, Garlóte, Ohsawa, King, Muir, Tudor Ediuards*. Puede verse para el estudio detallado de este punto, nuestro trabajo publicado anteriormente en colaboración con el doctor *Lentino*. (1)

La cirugía actual debe reconocer en el esófago, desde el punto de vista de su abordaje quirúrgico, tres segmentos: cervical, torácico y cardioabdominal. *El tipo de las operaciones que se han planeado modernamente, hace inútil e inoficiosa toda otra subdivisión*. Esta división en tres sectores abordados del modo que vamos a describir, permite efectuar en cada uno de ellos *todas* las operaciones que la práctica requiere, inclusive la más grande y complicada, que es la extirpación de un neoplasma situado en el segmento correspondiente.

19—La vía lateral, de preferencia izquierda, satisface todas las necesidades para abordar el esófago cervical, inclusive cuando se trata de extirpar un segmento del esófago por un neoplasma del mismo. La vía mediana descrita por *Nélaton y Berger*, no tiene razón de ser. Sólo escapan al acceso por la vía lateral izquierda los ca-

sos de cáncer cervical propagados a la laringe, y de la laringe o del cupo tiroides propagados al esófago, en que es necesaria la extirpación simultánea de ambos órganos; en este caso se trata de operaciones que deben ser efectuadas en otra forma, a través de amplias incisiones anteriores a colgajos, de cuya técnica nos ocuparemos en otra oportunidad. La vía lateral a que nos referimos, es la clásica: incisión ¡a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo. Las fibras de este músculo son puestas al descubierto y la hoja profunda de la vaina es incindida longitudinalmente. Los vasos carotídeos son reclinados hacia afuera. El cuerpo tiroides y el conducto laringotraqueal son traccionados hacia adentro. El músculo omohiideo es seccionado transversalmente. Sección de la arteria tiroidea inferior. Estas maniobras permiten caer sobre el esófago, que reposa sobre el plano prevertebral. En la disección del órgano debe cuidarse de no lesionar los recurrentes. En ocasiones, sobre todo si se trata de neoplasmas el sacrificio de estos nervios es inevitable.

—En lo referente al acceso al esófago torácico, las ideas de los cirujanos se han aclarado- y simplificado al extremo, después que *Frank\orek* y *Zaijer* crearon sus operaciones *tipo* para la extirpación del cáncer del 'tercio medio y del cardias respectivamente. Las vías que han elegido y reglado estos cirujanos son suficientes para realizar toda la cirugía, del esófago. A esto *se* han agregado las modernas adquisiciones de la cirugía torácica que permiten el aborda-

je transpleural del órgano, lo que ya ha quitado la razón de ser a todas las vías, extraserosas, limitadas, teóricas e inútiles. >

El uso de los diferentes medios de que se dispone¹ en la actualidad para abordar el esófago torácico a través de la pleura, se ha generalizado; ya no se concibe, por las razones que hemos expuesto, un abordaje por la vía parapleural extraserosa. Ya se ha aprendido a pasar a través de la pleura y se considera, con sobrada razón, que estas vías transpleura I es *son* las únicas aceptables y eficaces. Los recursos de que se dispone son ya conocidos: neumotórax previo, baronarcosis, método del neumotórax brusco de *Delageneire-Dubai*, practicado y usado exclusivamente, entre otros pocos cirujanos, por *Ohsawa*.

Todos estos recursos deben ser combinados con los modernos procedimientos de anestesia local, raquídea o por gases: Participamos de la opinión de que el único indiscutiblemente bueno es el del neumotórax, previo método de *Arce*), combinado con la **anestesia** general por ciclopropano, dado que se trata de una operación de considerable importancia. La anestesia general por *gases* y, en especial, el ciclopropano, tiene todas las ventajas que se requieren en los casos de gran cirugía: poca toxicidad, eliminación pulmonar exclusiva, a las que se unen las que tiene en cirugía torácica: oxigenación máxima del enfermo y, por lo tanto, compensación de la anulación de un pulmón. La posibilidad de agregar la hiperpresión en el momento de cerrar el tórax para distender el pulmón colapsado, es otra ventaja de considerable valor. Esta anestesia podrá ser reemplazada, cuando necesidades técnicas o de otro tipo lo hagan necesario, por la anestesia local o por la anestesia raquídea o epidural; pero la necesidad del neumotórax previo persiste ineludible.

Acerca de las ventajas del neumotórax previo como método general para todas las operaciones endotorácicas, se ha insistido bastante y creemos que es un punto conocido acerca del cual nada puede ser agregado. En lo que se refiere al caso particular de los beneficios del neumotórax previo en la cirugía del esófago, nos hemos extendido en otra oportunidad.

Particularmente para la cirugía del esófago hay grandes ventajas en trabajar con un pulmón completamente colapsado, porque en esas condiciones la cavidad pleural se presenta desocupada y el campo operatorio está completamente libre de obstáculos. La visión del esófago es completa y el pulmón no molesta para ninguna de las maniobras que deben efectuarse sobre el mismo. Estamos por completo de acuerdo con *Ohsawa* acerca de esto. La baronarcosis, aparte de toda acción perjudicial que pueda tener sobre el sistema cardiocirculatorio y sobre el recambio gaseoso, hechos puestos perfectamente en evidencia por el autor japonés, significa una gran molestia para el desarrollo del acto operatorio. *Ohsawa considera imposible toda operación con un pulmón distendido por la hiperpresión, por la molestia que produce*

de echo órgano; y en esto también estamos completamente de acuerdo. En lo que no podemos estarlo, es- en el modo de llegar a la apertura del tórax. El cirujano de Tokio abre el tórax sin asignar ninguna importancia a los fenómenos subsiguientes al neumotórax brusco. Al referirse a las diferentes laparotomías con movilización del reborde costal que utiliza para llegar al cardias, considera muy acertadamente que es difícil no abrir la pleura; pero deja que se produzca el neumotórax inevitable y no atribuye ninguna gravedad a los fenómenos subsiguientes de neumotórax rápido. Del mismo modo, cuando debe efectuar una toracotomía o una taracolarotomía, procede a hacerlo sin ninguna maniobra preliminar. Consideramos que estos fenómenos deben tener un gran papel en los accidentes operatorios, en los postoperatorios graves y ruidosos y en la mortalidad postoperatoria.

En cambio, la práctica del neumotórax previo, de acuerdo con el método de Arce, realiza todas las condiciones necesarias para poder, abrir el tórax sin inconvenientes, para mantener el pulmón colapsado por completo a fin de que no moleste al realizar maniobras en la profundidad y para evitar las consecuencias cardiocirculatorias consecutivas a la apertura del tórax, al neumotórax abierto o a la anulación funcional de un pulmón.

En resumen, consideramos que el neumotórax previo a la manera de Arce, es una condición indispensable de éxito para la cirugía del esófago tísico. Así lo han considerado algunos autores como *Brunn y Broche Stephens, Muir, Bessessen y Bessessen*, etc., que lo han usado en sus operaciones.

Por las razones expuestas consideramos que los métodos extra-pleurales no tienen razón de ser; agregúese que la vía de acceso es siempre estrecha, que la pleura *es* difícilmente despegable sin que se rompa, y se verá que no es posible realizar una de estas vías con

éxito. Por otra parte, ninguna de ellas permite efectuar una viciación reglada de acuerdo ¡a un plan preconcebido, por la estrechez del campo que ofrecen.

Las vías parapleurales deben considerarse, en resumen, como un recuerdo de la época en que se temía la apertura de la pleura porque no se tenían ¡recursos para pasar debidamente a su través.

Esta crítica cabe, asimismo, a la vía pleural extraserosa de *Gregolre*, por demás trabajosa, mutilante, estrecha e ineficaz. Imposible de llevar a la práctica sin que se produzca la apertura de una de las dos cavidades, pleural o abdominal, cuya herida se procura evitar.

La operación de *Torek*, en que la incisión, gran toracotomía en toda la extensión del séptimo espacio intercostal que se amplía hacia atrás y arriba por la sección de las costillas séptima a cuarta en su ángulo posterior, permite abordar y aun extirpar todo el <^&ófago torácico.

Hoy es un hecho juzgado que el esófago debe ser abordado por el lado izquierdo y por la región posterolateral inferior del tórax. Esta vía da acceso al cardias y al estómago a través del diafragma. Cuando se debe efectuar la *exenteración* del esófago a la manera de *Fiank Torefc*, debe combinarse con la incisión cervical izquierda a nivel del borde anterior del esternocleidoideo.

La presencia de la aorta puede parecer un obstáculo para abordar al esófago por el lado izquierdo y un 'argumento en favor del lado derecho. No es así; por el contrario, la aorta 'constituye un precioso punto de reparo para abordar al esófago. Basta incindir la pleura mediastinal por delante de la misma, para caer sobre el esófago. La aorta, gruesa y resistente, ¡no ofrece ningún peligro de ser desgarrada por las maniobras necesarias para aislarla. Cuando se debe practicar la extirpación de todo el órgano, será necesario pasarlo por debajo del cayado aórtico; a veces el tumor esofágico es voluminoso y debe seccionarse el esófago por arriba del mismo para poder deslizar su cabo superior por debajo del vaso. Esta maniobra constituye una pequeña complicación que compensan con mucho las citadas ventajas. Por otra parte, el examen por el lado izquierdo permite apreciar las relaciones del tumor con el cayado aórtico, en tanto que este examen es difícil y engañoso por el lado derecho.

En cambio, el acceso por el lado derecho está lleno de inconvenientes. En primer lugar, debe seccionarse el cayado de la vena ácigos mayor. En segundo lugar, debe incindirse la pleura por delante de la vena cava inferior y reclinarse este vaso. Como su pared es delgada y fácilmente colapsable, como su fragilidad es grande, hay peligro de romperla con un separador o una valva durante las maniobras de disección. Finalmente, el acceso por el lado derecho no permite abordar el cardias y el estómago y, por tanto, no permite realizar ninguna de las operaciones típicas que hemos des-

evito. Por más que algunos autores han efectuado la extirpación de neoplasmas del esófago pasando por el lado derecho (*Ricard* y *Ballivet*), creemos que no existe ninguna ventaja en ello. Sólo consideramos oportuno el abordaje por el lado derecho en el caso excepcional de un divertículo epifrénico del esófago que esté situado en el lado derecho del órgano.

Debemos considerar a esta vía de abordaje como una vía universal que permite llegar a todo el esófago torácico, desde la entrada del tórax hasta el cardias. En la práctica todas las operaciones que deben efectuarse sobre el esófago torácico pueden serlo perfectamente por esta vía. Por ello no tienen razón de ser las otras vías propuestas, más limitadas y que sólo permiten, después de una mutilación parietal más o menos considerable, una escasa visión del esófago en el fondo de una estrecha herida, sean ellas transplúmife o parapleurales: vías propuestas por *Quenu* y *Hartmann*, *Bryst*, *Rehn*, *Pótarca*, *Biondi* y *Gosset*. Aun la vía cérvicomedias-tinal propuesta por *Faure*, y que en su época pareció la magna solución de un gran problema, no tiene ya aplicación.

Esta forma de acceso por la vía de *Torek*, permite en la práctica efectuar todas las operaciones que deben hacerse sobre el esófago torácico y, en especial, las operaciones de exéresis del esófago por cáncer, es decir, la más grande operación que se puede efectuar en el órgano. Ya no puede justificarse la división que hacen los autores franceses *Légère* e ingleses (*O'Shaugnessy* y *Raven*) en dos porciones, *segmento retrotraqueal o suprahiar* y *segmento retrocardíaco o infrahiar*, y de acuerdo con ello preconizan distintas vías de abordaje. Esta división podrá haber sido útil en una época en que la endoscopia estaba menos evolucionada que en la actualidad. Hoy, la mayoría de los cuerpos extraños del esófago pueden ser extraídos por las vías naturales con ayuda del esófagoscopio. Los cuerpos extraños que no pueden serlo, pueden extraerse

por una esofagotomía externa cervical, dirigiendo las mamobías hacia abajo, táctica infinitamente menos arriesgada y más segura. La otra enfermedad que puede necesitar un abordaje quirúrgico del esófago, el cáncer, impone, según las condiciones, la vía cervical o la vía de *Frank Torek*, que da acceso a todo el esófago torácico.

Por las mismas causas es que la vía transtorácica no tiene ninguna razón de existir para abordar el esófago torácico en el tercio superior. Si bien es verdad que se puede llegar al órgano a través de una incisión o de un colgajo anterior paraesternal, es verdad, asimismo, que esta vía no tiene aplicación para los cuerpos extraños, por las razones apuntadas: su práctica llevaría irremisiblemente al fracaso por infección pleural. Para los casos del cáncer del tercio superior del esófago por los mismos argumentos, no se concibe que pueda efectuarse con éxito la extirpación segmentaria del esófago en esta localización; o bien se le extirpa por la vía cervical, o bien se efectúa la operación de acuerdo con el de *Frank Torek*.

3)—El acceso al segmento cardioabdominal, en que debe emprenderse la porción más inferior del esófago, puede efectuarse, según las condiciones, por vía torácica o por vía abdominal o por vía combinada tóracoabdominal.

La vía abdominal pura permite realizar algunas operaciones limitadas sobre el segmento abdominal del esófago. Estas operaciones quedan reducidas casi exclusivamente a las que se dedican al tratamiento del cardiospasma, de las cuales las más frecuentemente realizadas son las operaciones de *Heller* y de *Heyrowsky*. Si bien es verdad que éstas, y en especial la última, son operaciones delicadas y de cierta magnitud, es cierto, asimismo, que se les puede efectuar por una laparotomía mediana supraumbilical; pero ello es debido a una circunstancia favorable que hace posible estas operaciones: el *descenso al abdomen del segmento inferior del esófago* y que constituye un tiempo importantísimo de su técnica.

Para todo otro tipo de operaciones que deben efectuarse en este segmento del esófago, la vía abdominal pura resulta reducida y las maniobras no pueden ser efectuadas en forma perfecta por la profundidad del campo operatorio y la necesidad de trabajar oblicuamente debajo del reborde costal. Estas consideraciones continúan siendo valederas aun en los casos en que la laparotomía resulta ampliada por la resección o la movilización del reborde costal (vías de *Marwedel*, *Balidet*, *Navarro*, etc.)

Es grande la importancia de una amplia vía de abordaje, sobre todo en los casos de cáncer del cardias, sean de origen esofágico o gástrico, o es posible pensar en el porvenir de esta cirugía irrentes no se practique a través de una amplia incisión que permita operar con el máximo de comodidad, de campo y de luz. lo que es imprescindible para obtener una asepsia perfecta y suturas también perfectas. La minuciosidad de las maniobras, en especial de

El acceso en estas condiciones, se efectúa como sigue: enfermo en posición lateral, con el lado izquierdo del tórax hacia arriba. Incisión a lo largo del séptimo, octavo o noveno espacio intercostal. Esta incisión debe extenderse por el espacio intercostal en casi toda su longitud. Incisión del reborde costal. A fin de permitir abrir ampliamente la herida con un separador estático, una o dos costillas vecinas al espacio incindido pueden ser seccionadas en la proximidad de su ángulo posterior. El diafragma es seccionado en forma radiada desde el orificio esofágico hasta el reborde costal. Con esto se tendrá un amplio acceso al estómago, al cardias y a la extremidad inferior del esófago. Según las características del caso,] podrá ser necesario o conveniente ampliar la incisión extendiéndola a través de la pared abdominal desde el reborde costal en dirección &i ombligo o hacia la línea medía, un poco por arriba de él. Esta incisión permite la resección de la mitad superior del estómago y de una porción *del* esófago, con exteriorización del cabo superior de este órgano o con anastomosis esofagogástrica.

En resumen: de esta larga exposición acerca de las vías de acceso al esófago, se desprende que las vías de elección, las únicas que el cirujano está autorizado a usar, son:

(Continuará).