

CÁNCER DE ESÓFAGO EN HONDURAS

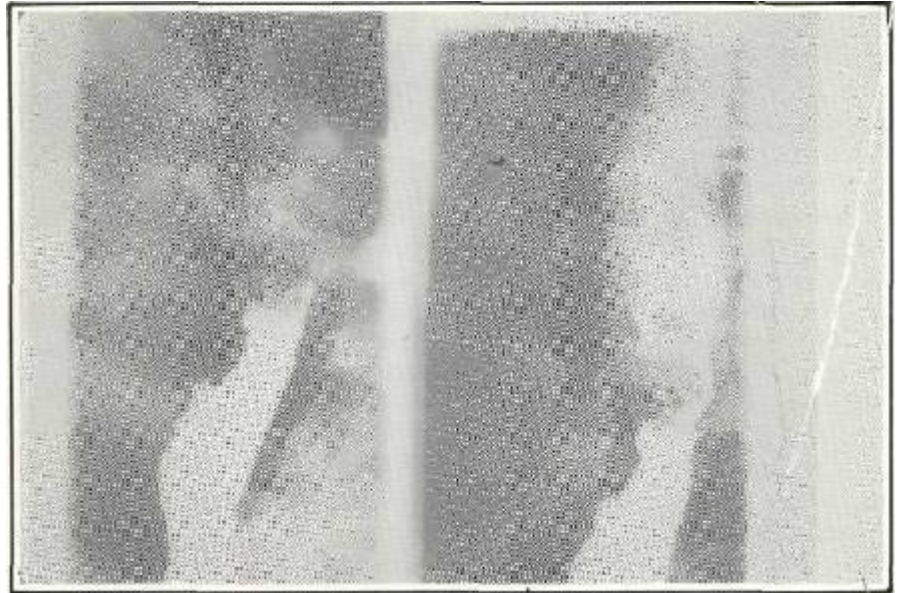
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

*Dr. Ángel Argueta**

El objetivo de este trabajo es exponer el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago realizado en el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital General San Felipe, Hospital-Escuela y centros privados, y analizar las recientes modificaciones en la técnica operatoria que han contribuido a disminuir la incidencia de fístulas, estenosis y reflujo gastroesofágico.

La finalidad de la cirugía es aliviar la obstrucción y dolor retroesternal que produce el tumor, ya que el acto quirúrgico no cura la enfermedad en la gran mayoría de casos, por lo avanzado de la misma.

De octubre de 1975 a septiembre de 1979, fueron sometidos a cirugía doce pacientes.- Todos los candidatos a cirugía recibieron evaluación clínica, radiológica y endoscópica, con biopsia del tumor. Se investigó la posibilidad de metástasis distantes, se practicó broncoscopia en casos de cáncer de los dos tercios superiores para descartar invasión del árbol bronquial y se corrigió la deshidratación y anemia con so-



Cáncer del tercio superior del esófago. Hay numerosas imágenes lacunares centrales y marginales de contornos muy irregulares y entorpecimiento del transita

luciones parenterales y transfusión de células empacadas.

La esofagectomía total y la reconstrucción gastroesofágica fue el método empleado para las neoplasias de los 2/3 superiores del esófago. Se empleó la resección parcial del esófago y estómago para casos del tercio dis-

Describimos a continuación la técnica empleada para cáncer de los 2/3 superiores del esófago.-La

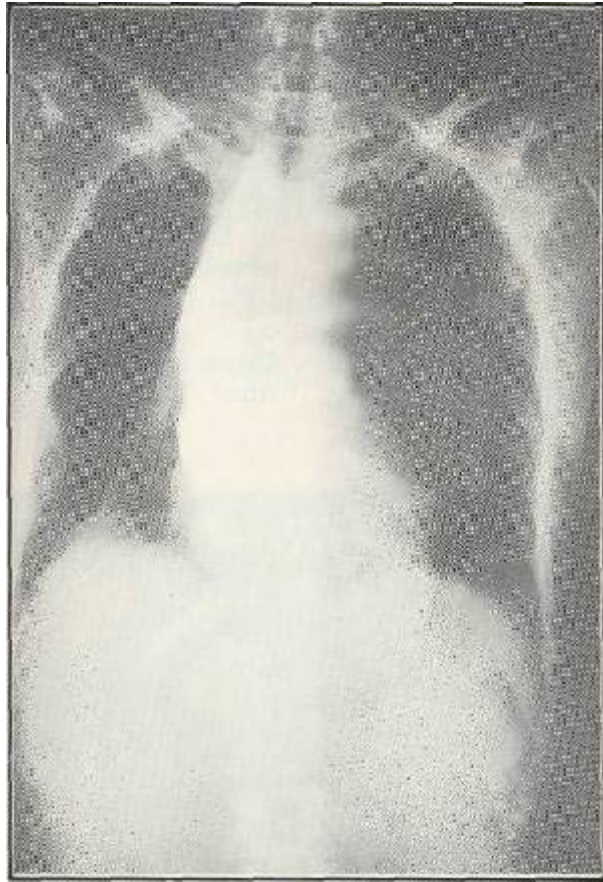
anastomosis fue similar para los casos del tercio inferior. Primero se efectuó la maniobra de Koher, movilizand todo el estómago y conservando la circulación por las arterias gástrica derecha y gastroepiploica. La gástrica izquierda

tal.- Los primeros se abordaronse dividió lo más cerca del tronco a través de una incisión torácica celíaco para no destruir las dorso-lateral derecha y una abdominal comunicantes que existen entre ésta y la gástrica derecha, a fin de preservar dos se utilizó una incisión torácico-abdominal izquierda.

* Cirujano Oncólogo - Hospital General y Hospital Escuela, Tegucigalpa.

co.- Seguidamente se realizó una Piloroplastía para prevenir la estasis secundaria a la sección posterior de los nervios vagos.

La cruz del diafragma se dividió parcialmente para evitar la compresión de todo el esófago. A menudo esta disección es difícil por la frecuencia con que el tumor invade el mediastino posterior.- El estómago fue desplazado hacia tórax, cuidando de no rotarlo, seccionándolo por debajo del cardias y cerrando la abertura gástrica en dos planos. El fondo gástrico se fijó con puntos separados de seda 3-0 a la parte alta del tórax, en la fascia prevertebral y pleura parietal, a fin de evitar la tensión a nivel de la anastomosis. El esófago se movilizó dos centímetros y medio por arriba de la línea proximal de sección ya que una disección más extensa comprometería su circulación a nivel de la anastomosis. Este se fijó tres centímetros por debajo y en la cara anterior del fondo gástrico. Esta anastomosis término-lateral permite una moderada distensión del fondo gástrico cuando el paciente esté acostado, cerrando parcialmente la anastomosis y evitando el reflujo gástrico. El esófago se seccionó en forma oblicua para prevenir una estenosis futura y se practicó una abertura apropiada en la pared gástrica. La anastomosis se realizó en dos planos utilizando puntos separados de seda 3-0.- Los puntos externos de las filas anterior y posterior se colocaron en forma longitudinal en el lado gástrico y transversales en el esófago, a fin de disminuir la posibilidad de desgarrar de la pared esofágica. Antes de cerrar la anastomosis se pasó un tubo



Control post operatorio: resección del esófago torácico con ascenso del estómago y anastomosis termino terminal.

de Levine y se colocaron dos tu- quejaron de dificultad mínima para bos torácicos. Finalmente se pro- eructar y en uno de ellos sensación cedió a cerrar por planos. de llenura post-pran-dial torácica.

RESULTADOS

Nuestra morbilidad y mortalidad resto de pacientes ha acudido operatoria y post-operatoria fue irregular- mente a nuestra clínica cero en este grupo de pacientes. externa y algunos no se han El promedio de hospitalización presentado más, por lo que fue de 15 días y la cantidad de desconocemos su condición actual. sangre utilizada fue de tres uni- Infortunadamente, por causas socio- económicas o culturales, los dades por paciente. pacientes de condición humilde, que

En todos ellos hubo alivio de la forman la mayoría de este grupo, no disfagia y no se presentaron ven la importancia del control síntomas de esofagitis por reflu- médico ulterior, hecho que impi- jo. Sin embargo, dos pacientes se

de dar resultados finales sobre el resto de pacientes.

CONCLUSIONES

Creemos que sólo una disección cuidadosa y una anastomosis meticulosa evita secuelas del tipo de fístulas, estenosis y reflujo gástrico post-operatorio en este tipo de cirugía.- Las modificaciones recientes en la técnica operatoria han contribuido en gran

medida a obtener mejores resultados.

REFERENCIAS

Fisher D. Esophagogastrostomy in the treatment of carcinoma of the distal two-thirds of the esophagus *Ann Thor. Surg.* 1972, 14:

Carey J.S. Esophagogastrectomy *Ann. Thor. Surg.* 1972, 14:

Nakayama K. Atlas of gastrointestinal surgery, Tokyo, Igaku Shoin, Ltd. 1968.

Madden J.L. Atlas of Techniques in surgery, New York, Appleton Century Crofts, 1958.

Lawrence Jr., W., Terz J.J., *Cáncer Management*, New York Grune and Stratton, 1977.