

CIRUGIA TRANSTORACICA DEL CARDIAS *

Por el Dr. GUSTAVO BAZ,
académico de número.

Por largos años la cirugía intra-torácica permaneció estacionaria. Los riesgos de este tipo de operaciones eran importantes aun en manos de cirujanos como Billroth, quien en 1871 intentó con éxito más o menos halagador la resección del esófago. Más tarde, el habilísimo cirujano alemán Sawyerbruch, en 1905, inició con gran éxito la cirugía intra-torácica, principalmente la cirugía pulmonar, e intentó también la del esófago. Siguiendo su técnica, Same Ohsawa consiguió éxito en uno de tres enfermos operados. Kuemmell obtuvo algunos triunfos en la cirugía del esófago por vía abdominal. Se publican algunos casos de Voellker Henle, pero no es sino hasta Torek y más tarde Adams y Phemister en 1937, quienes consiguieron éxitos definitivos en la resección transtorácica del esófago; a ellos se suman en 1938 Ochsner y De Bakey y, a partir de esa fecha, la cirugía transtorácica del esófago deja de ser patrimonio de unos cuantos para entrar en el campo de la cirugía general.

Tres factores pueden señalarse como los que han venido a impulsar esta rama de la cirugía; en primer lugar, el perfeccionamiento de los cuidados pre y post operatorios; en segundo lugar, el uso de la anestesia controlada y la aparición de la especialidad de anestesista que se ocupa de estudiar al enfermo antes de dormirlo, lo vigila en la post-operación para evitar que aparezcan focos de atelectasia pulmonar por acumulación de moco intra-bronquial y, en caso de que esto suceda, tratarlos oportunamente; en tercer lugar, mencionaremos la aparición de los numerosos y eficaces medicamentos anti-bióticos, tales como las sulfamidas, la penicilina, etc.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 15 de junio de 1949.

La cirugía experimental ha sumado sus frutos perfeccionando la técnica, y la experiencia adquirida, tanto en la cirugía experimental como en la realizada en el hombre, han permitido precisar tiempos de la resección del esófago, de tal manera que puede realizarla el cirujano general que tenga suficiente costumbre de operar aparato digestivo. El esófago se encuentra rodeado de órganos que cada uno significa un verdadero riesgo, tales como el pulmón, el corazón, la aorta, que es preciso manejar con extraordinario cuidado; y además, debe adquirirse el adiestramiento más perfecto, para manejar cavidades sépticas dentro de una fácilmente infectable (la pleura), cuya infección reviste suma gravedad.

La cirugía del esófago puede tener como indicación padecimientos de orden traumático, inflamatorio y neoplásico. A este último capítulo es al que quiero referirme en esta comunicación. Las estadísticas, que naturalmente van siendo más precisas a medida que se adquiere mayor experiencia, marcan de un 4 a un 8% de la totalidad de los padecimientos tumorales malignos; y el carcinoma del esófago se encuentra en un 85% en el tercio medio e inferior. El carcinoma puramente esofágico, es de células escamosas, lento en su crecimiento, y solamente da metástasis cuando es avanzado en su evolución. Sin embargo, después de su extirpación, la experiencia actual marca solamente sobre-vidas no mayores de 6 años; cierto es también que la mayoría de los operados han sido enfermos que pasan de los 50 años.

Como la mayor parte de los tumores malignos por "desgracia" manifiestan su presencia cuando han avanzado ya en su desarrollo, el carcinoma del esófago pasa inadvertido por tiempo más o menos largo que comienza produciendo disfagia progresiva; más tarde se presentan dolores del mediastino con propagación a la columna vertebral, a la base del cuello, a la región pre-cordial y, cuando la disfagia se acentúa, los fenómenos tóxicos, anemia, tinte pajizo, etc., marcan las últimas etapas del padecimiento, que termina con mediastinitis aguda por perforación, ulceración de la aorta; y en ocasiones las metástasis, creciendo por su cuenta, dan al cuadro clínico la sintomatología del órgano afectado.

Otro de los progresos notables de la ciencia médica que ayuda al diagnóstico es la endoscopia. Debe ser el recurso inmediato para estudiar a estos enfermos. La aparición de la disfagia marca al clínico la obligación de estudiar a su paciente por medio de los rayos X, la esofagoscopia y, a la menor sospecha, toma, por endoscopia, de un fragmento de los tejidos enfermos para hacer el estudio histopatológico. El estudio

de las células recogidas por aspiración (Papanicolau) puede ser muy útil. Hecho el diagnóstico de carcinoma del esófago y precisada su localización, no queda más disyuntiva que operar. El uso terapéutico de los rayos X, la colocación de tubos de radio por esofagoscopia, son recursos poco útiles y en ocasiones peligrosos.

Cualquiera duda o retardo en la aplicación del tratamiento quirúrgico aleja las posibilidades de una operación fácil y de una sobre-vida larga. Las secuelas de la resección del esófago son compatibles con una vida normal.

TECNICA

La experiencia adquirida en cirugía abdominal hizo que los cirujanos pensaran en la vía abdominal para operar el tercio inferior del esófago, principalmente en las gastrectomías totales. Esta vía de acceso requiere una incisión paramediana sobre el recto del abdomen, del lado izquierdo, que comienza al nivel de la base del apéndice xifoides y llega a unos dos centímetros abajo del ombligo. Abriéndose todos los planos y haciendo tracción sobre el esófago, se da uno cuenta de la dificultad de hacer una sutura a 10 o 12 centímetros de distancia en la profundidad. Facilita la operación el quitar previamente los cartílagos costales y levantar el colgajo externo con el gancho de Deaver. El esófago puede descender hasta 3 o 4 centímetros. Este procedimiento permite la exploración del abdomen en busca de metástasis en el hígado, en el mesenterio, en la pequeña pelvis, o en la pared; pero está lleno de dificultades que se reducen al mínimo, si la incisión de la pared abdominal se prolonga siguiendo el 7º espacio intercostal hasta la línea axilar posterior.

Esta laparatomía, llamada torácico-abdominal, da un gran espacio útil cuando se coloca el gancho de Gosset o el de Finochietto y se divide ampliamente el diafragma, desde el hiatus esofágico hasta la laparatomía. En estas condiciones puede hacerse la exploración de todo el abdomen y manejar fácilmente el tercio inferior del esófago. (Fig. 2b.)

La vía transtorácica permite manejar fácilmente la totalidad del esófago y, dividiendo el diafragma, puede explorarse minuciosamente la cavidad abdominal. (Fig. 2a)

El cirujano que se dedica a esta cirugía debe conocer a fondo las tres vías de acceso y aplicar la que esté más indicada al caso que va a tratar; pero es indudable que la vía transtorácica es la mejor de las tres.

El enfermo se coloca en decúbito lateral derecho, teniendo un cojín blando, (una sábana enrollada) debajo del flanco derecho, el muslo izquierdo doblado sobre el abdomen y la pierna sobre el muslo, el miembro inferior derecho en extensión. (Fig. 1.) Esta posición se logra sosteniendo al enfermo a la mesa con anchas tiras de tela adhesiva; el brazo izquierdo del enfermo se fija al arco que separa el campo del anestesista. El enfermo ha sido previamente dormido por intubación de la traquea; el anestesista controla la anestesia y los caracteres del pulso (frecuencia, ritmo, tensión) y da órdenes al médico encargado de la transfusión continua que se sostendrá durante toda la operación (litro y medio de sangre) e informa al cirujano del estado del enfermo cada 10 o 15 minutos. Hecha la antisepsia de la pared, se coloca el campo estéril dejando descubierto el espacio de la 7ª y 8ª costillas desde la columna vertebral hasta el esternón. (Fig. 2.)

Las compresas que forman el campo estéril deben poder ampliar éste, de manera de prolongar la incisión paralelamente a la columna vertebral hasta la altura de la espina del omoplato.

Cuando el diagnóstico de sitio de la lesión coloca a éste en el tercio inferior, bastará con resecar la 7ª u 8ª costilla; pero es importante precisar que esta resección debe llevarse la totalidad de la costilla, desde su articulación a la columna vertebral. La abertura de la pleura se verifica después de una cuidadosa hemostasis y se coloca el separador de Finochietto; en ese momento el anestesista colapsa el pulmón que se cubre con una compresa humedecida en suero fisiológico caliente y se sostiene con un gancho de Deaver. (Fig. 2c.)

El cirujano tiene la cavidad torácica vacía y se orienta para encontrar el esófago tocando los latidos de la aorta, y entre ésta y el pericardio abre la pleura con cuidado; inmediatamente abajo está el esófago. Despegando este órgano se pasa, en la región sana, una tira de gasa que sirve para hacer tracción; y de arriba hacia abajo se disecciona la tumoración del esófago. Se colocan compresas húmedas en suero caliente en el huco que va quedando. Cuando se llega al diafragma, este músculo se abre siguiendo el radio que va del esófago a la parte inferior de la incisión cutánea. Si se sospecha la posibilidad de metástasis, debe comenzar por abrir el diafragma y explorar la cavidad, antes de despegar el esófago. Habiendo comprobado que no hay metástasis, se despega el esófago del diafragma hasta lograr que el estómago pase a la cavidad torácica.

Cuando el cirujano ha liberado el cardias, el tercio inferior del esófago, y tiene a la vista el estómago, va a elegir el lugar en donde seccionará el esófago (Fig. 3 a, b, c, d,) y donde seccionará el estómago. (Fig. 4 a, b, c,) Hechos sus planes tendrá que ligar la arteria coronaria estomáquica izquierda, y despegar el gran epiplón ligando las ramas colaterales de la epiploica izquierda y los vasos del pedículo del bazo; entonces, movilizándolo el estómago, podrá llegar hasta el vértice de la cavidad torácica.

Movilizado el estómago y hecha la esplenectomía, se estudian cuidadosamente, tanto el esófago como el estómago y los territorios ganglionares adyacentes. Elegido ya el sitio en donde se va a seccionar el estómago, se colocan clamps o machacadores, se divide el estómago, que se cierra en bolsa o se fabrica un tubo con la gran curvatura. En el primer caso, el estómago cerrado se lleva al tórax en donde se fija a la pleura, se elige el lugar en donde se va a seccionar el esófago y se hace la sutura seroserosa de anastomosis, se abre la brecha en el estómago, se secciona el esófago haciendo la sutura total del anastomosis gastro-esofágica, terminando después con la sutura seroserosa anterior, de tal manera que la boca anastomótica quede a 4 o 5 milímetros dentro de la cavidad gástrica.

En el segundo caso, la sección del estómago se hace en bayoneta. Se cierra la parte horizontal y luego la vertical, de manera que quede un tubo a expensas de la gran curvatura que se anastomosa término-terminal a la sección del esófago, fijando posteriormente el estómago y el esófago en la cavidad donde estuvo anteriormente el esófago.

El diafragma se sutura en dos planos con puntos de seda. Se fija al estómago para evitar el paso de las vísceras abdominales. La cavidad torácica se cierra por planos, avisando oportunamente al anestesista para que despliegue el pulmón que ocupará la cavidad torácica; antes se ha procurado hacer una hemostasis perfecta. Algunos autores dejan una sonda de Nelatón en el fondo costo-diafragmático y conectan de esta sonda un aparato de succión. El enfermo se coloca en una tienda de oxígeno, se le enseña a respirar profundamente y, en cuanto sea posible, se le moviliza levantándolo de la cama; habitualmente la recuperación es rápida.

He operado tres enfermos, los tres de cáncer del tercio inferior del esófago. Desgraciadamente, han sido enfermos que pasaban de los 70 años. Uno de ellos diabético y con ateroma de la aorta, este enfermo murió al

5º día de operado con sintomatología de neumonitis. El segundo murió a las 72 horas, al hacérsele una transfusión.

El 3º, era del sexo femenino, de 70 años de edad, de Ixtapalapa, tuvo once hijos y, como antecedentes patológicos, había padecido disentería, parasitosis intestinal, neumonía y osteomielitis del maxilar inferior tratada quirúrgicamente. El año anterior a la fecha de su operación, apareció disfagia que más tarde produjo dolor; cedía por pequeñas temporadas hasta que se hizo imposible el paso de los líquidos. Fué estudiada por el Dr. Constantino Rigo con esofagoscopia; se tomó biopsia y se ordenó el estudio radiológico. La biopsia dió como resultado carcinoma de células escamosas. Los Rayos X mostraron imposibilidad total del paso de la papilla opaca al estómago. Había bajado 15 kilos de peso en los tres últimos meses. Los estudios pre-operatorios demostraron un normal funcionamiento del hígado y del riñón. El número de glóbulos rojos era de 3,800.000 con 65% de hemoglobina y tiempo de protrombina normal. Previa transfusión de medio litro de sangre, fué operada en el Hospital de Hacienda, anestesiada por intubación de ciclopropano por el Dr. Rojas. El Dr. Constantino Rigo fungió como ayudante. La operación se realizó sin dificultad, después de la exploración del abdomen. Esta enferma vivió en perfecto estado de salud durante veinte meses, al término de los cuales la reproducción del cáncer *in situ* obstruyó nuevamente la comunicación, obligándonos a hacer gastrectomía para alimentarla. Después de ocho días de operada y previa transfusión de sangre se repitió la operación, logrando despegar la nueva tumoración de la aorta, movilizándolo el estómago hasta la anastomosis que quedó a la altura del cayado de la aorta; la operación terminó con la enferma en perfecto estado físico, 80 pulsaciones por minuto, tensión máxima de 115 y mínima de 70. Desgraciadamente, una hemorragia secundaria causó la muerte de esta enferma.

Mi corta experiencia en este tipo de operaciones, me hace afirmar con mayor énfasis la necesidad de una mejor organización en el estudio de los enfermos, con objeto de descubrir oportunamente el padecimiento y tratarlo sin titubeos.

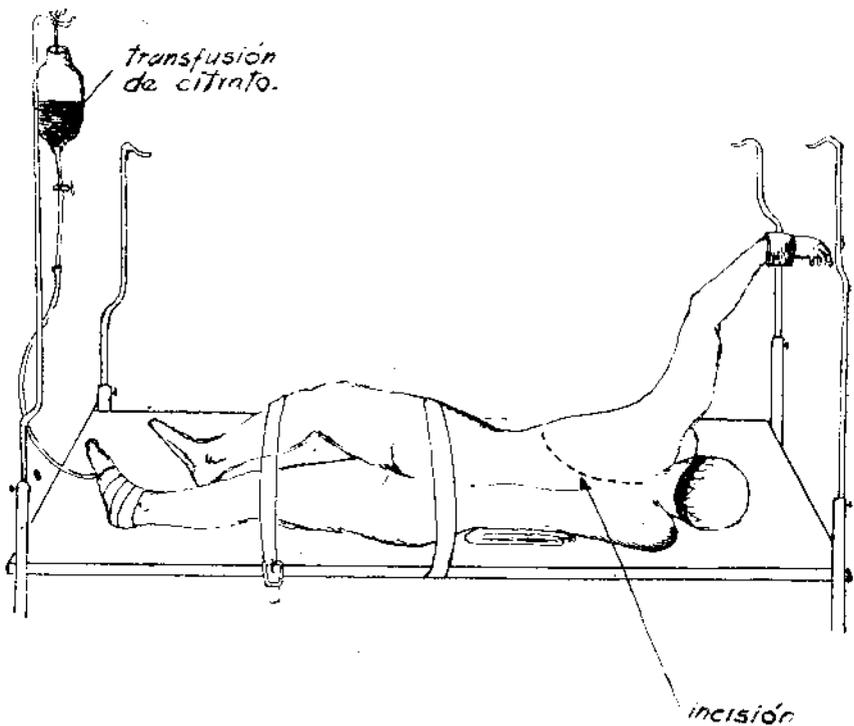
Mientras no conozcamos la causa de los tumores malignos y podemos hacer una terapéutica que suprima la causa, lo único que nos queda es el diagnóstico oportuno y el tratamiento quirúrgico.

La mortalidad va disminuyendo de manera halagadora y es natural pensar que, mientras más experiencia se tenga en estos casos, más fa-

vorable será la estadística y mejor el estado del enfermo después de operado.

NOTA: Las figuras 5 y 5 bis demuestran la forma de manejar los cabos de la anastomosis término-terminal: anastomosis esofagogástrica.

Las figuras 6, 7, 8, 9, muestran los diferentes tipos de anastomosis esofagogástricas.



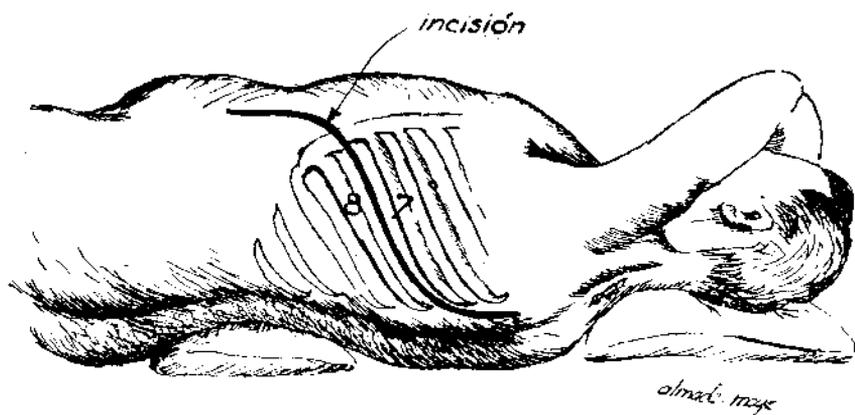
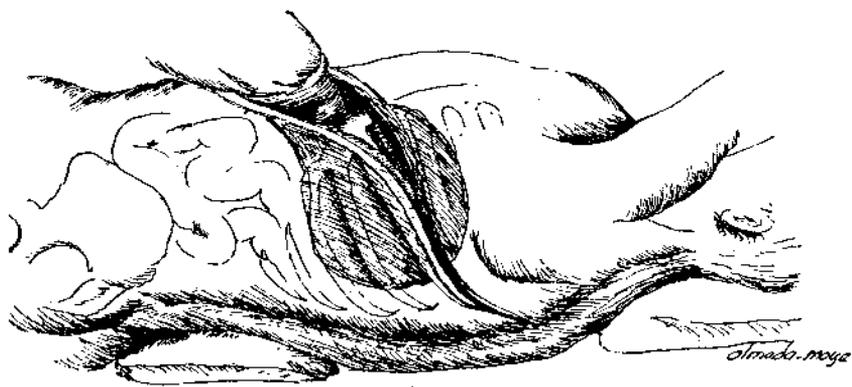


Figura 2



*exploración del
abdomen completo*

Figura 2 a

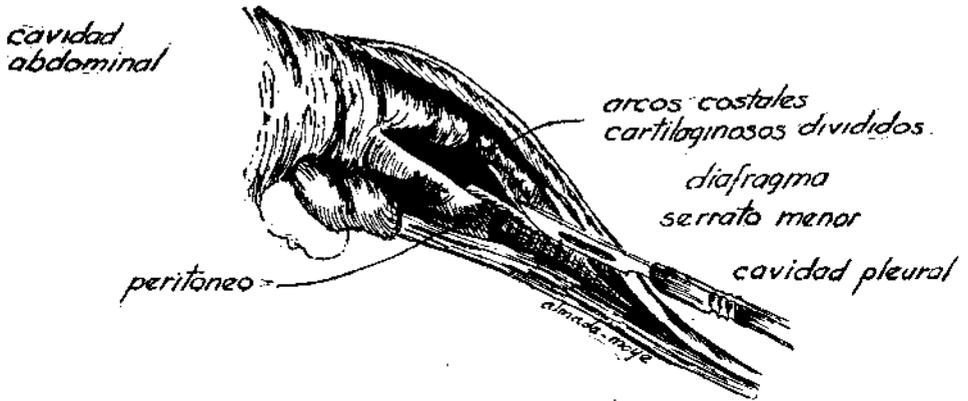


Figura 2 b

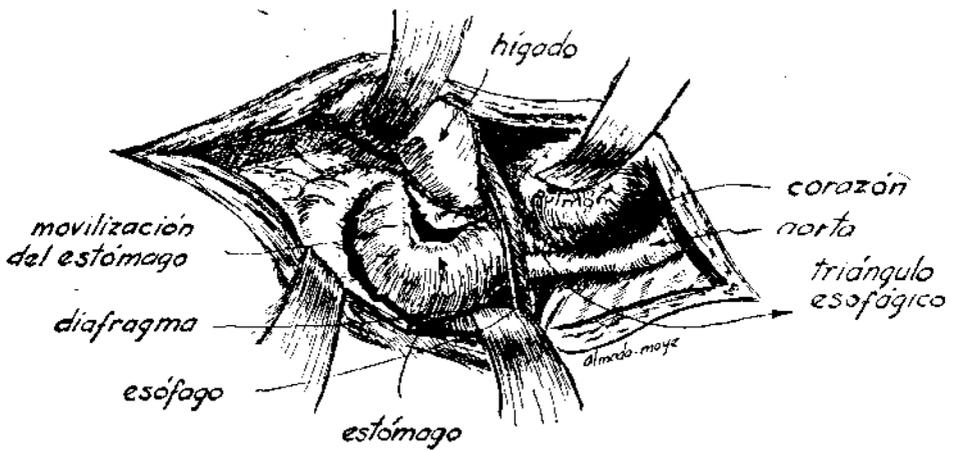
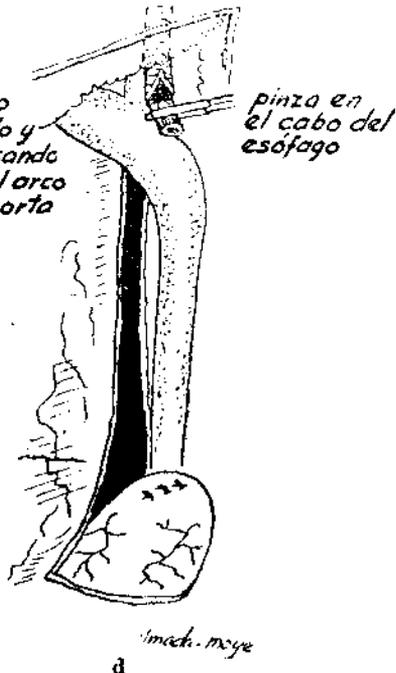
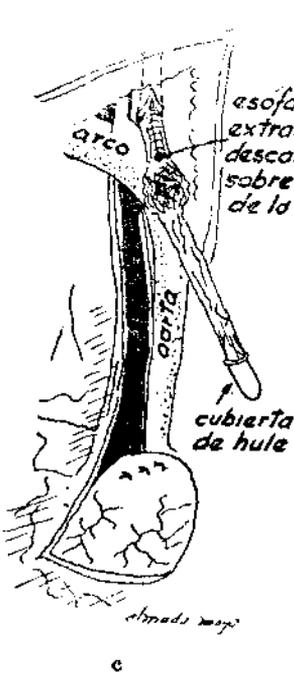
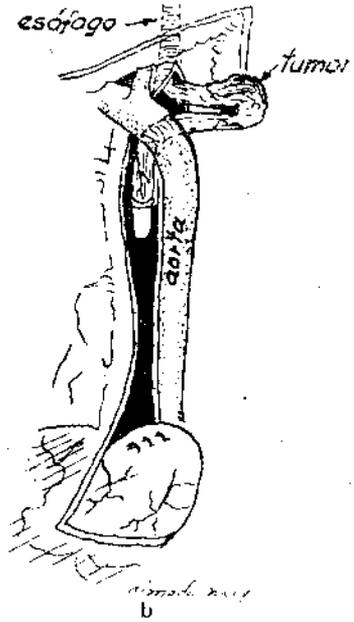
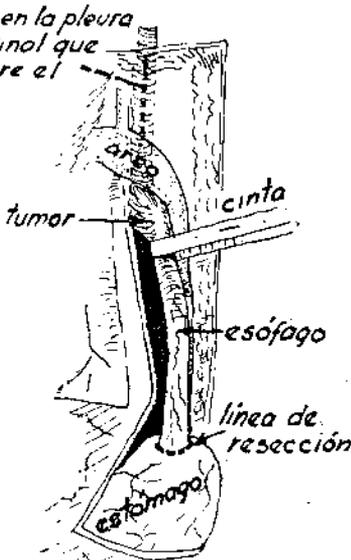


Figura 2 c

Figura 3

incisión en la pleura
mediastinal que
está sobre el
esófago



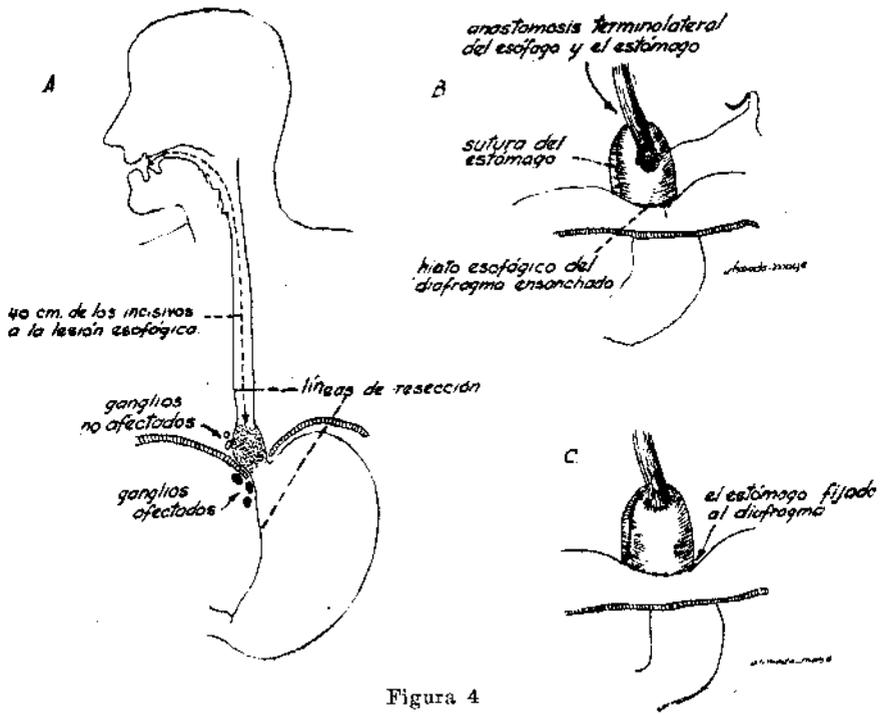


Figura 4

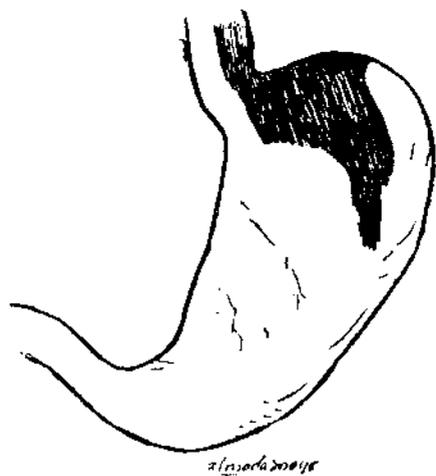
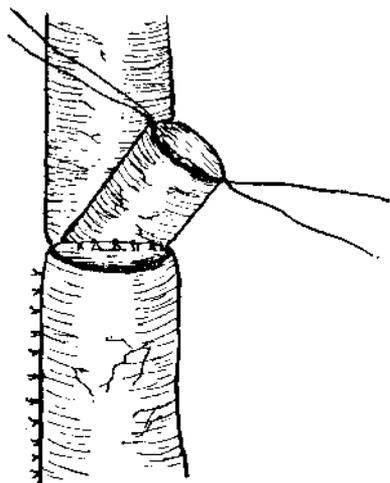
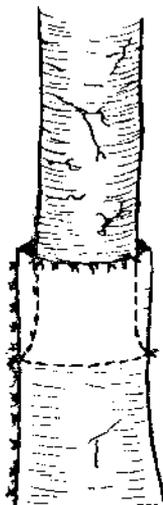


Figura 5

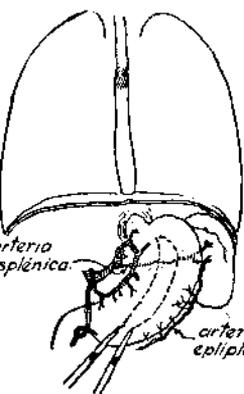


almada. 20010



almada. 20010

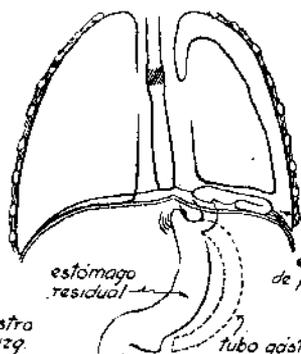
Figura 5 bis.



*arteria
splénica.*

*arteria gastro
epiploica izq.*

almada. 20010

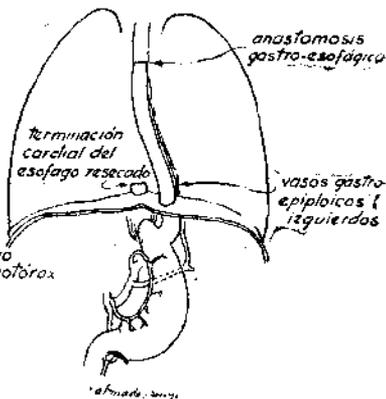


*estómago
residual*

*espacio
de pneumotorax*

tubo gástrico

almada. 20010



*anastomosis
gastro-esofágica*

*terminación
caecal del
esófago reseca-
do*

*vasos gastro-
epiploicos l.
izquierdos*

almada. 20010

Figura 6

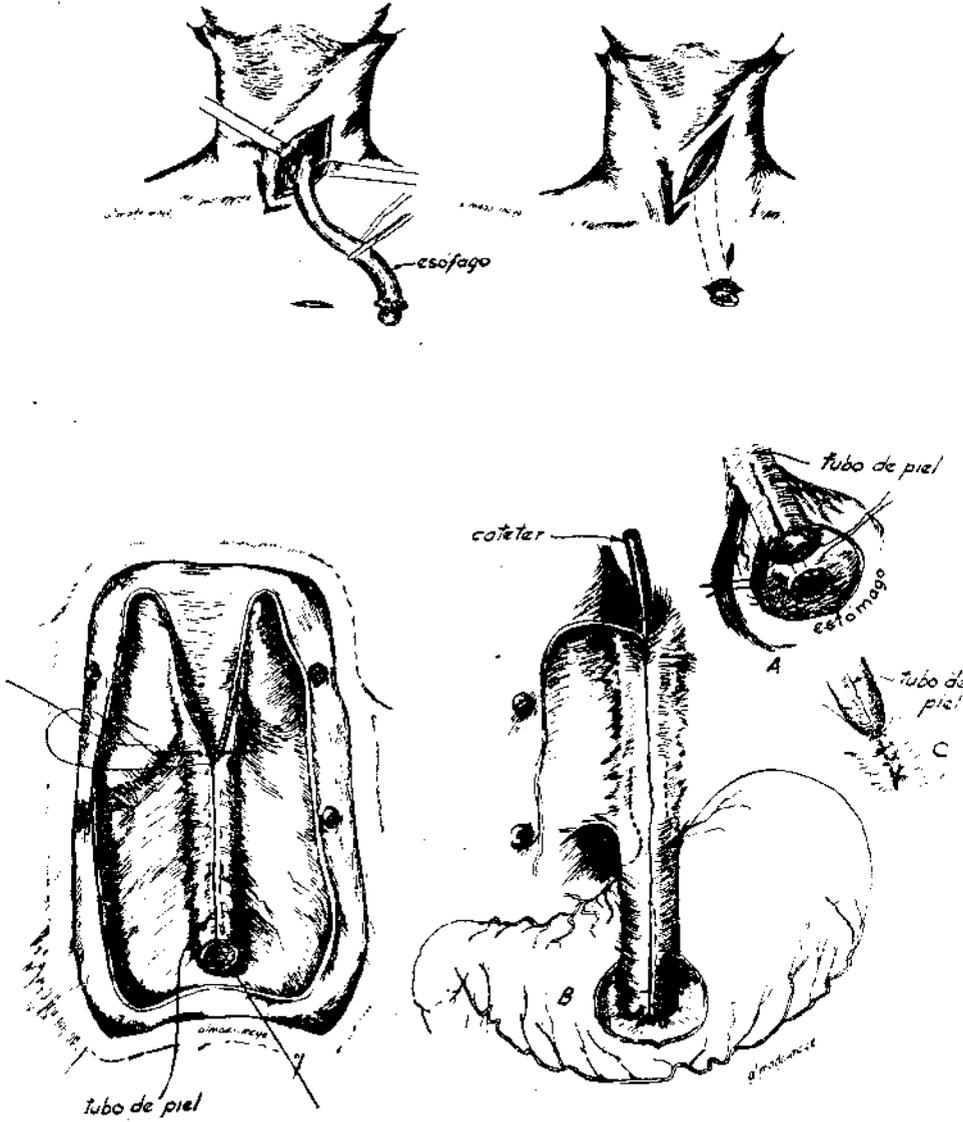


Figura 7

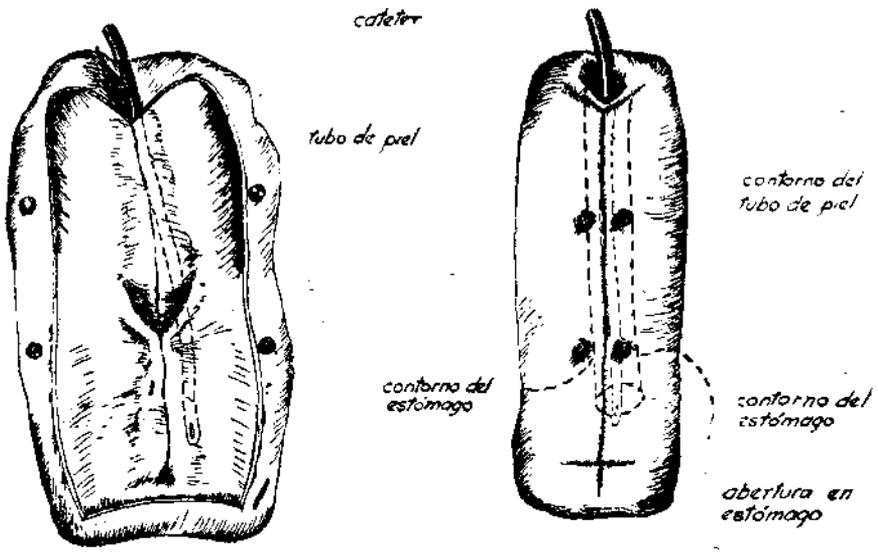


Figura 8

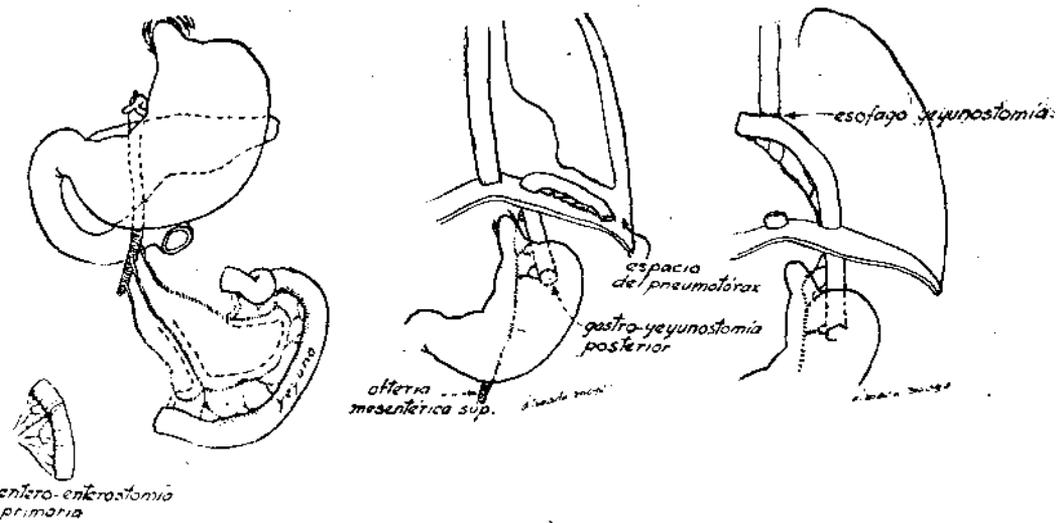


Figura 9