

Hospital Universitario Miguel Enríquez

**ESOFAGECTOMIA TRANSHIATAL.
INFORME HISTORICO DE UN CASO**

**[Trabajo presentado en la Jornada Científica de la Facultad Hospital Miguel Enríquez
(17/12/1983) y en la Sección Científica de la Sociedad Cubana de Cirugía (27/5/1984)]**

*Dr. Osvaldo Olivera Sandoval. Calle 23 y L. Apto.3^{ro} C. Teléfono: 8354712.

**Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo. Marqués de la Torre núm. 166. Rpto. 10 de Octubre. Ciudad de La Habana. Teléfono: 6991802. noemed@infomed.sld.cu

** *Dr. Armando Leal Mursulí. Calle 5ta. núm.12803. Apto.4 entre Rodríguez Morine y Parque Este. Rpto. Embil. Municipio Boyeros. Ciudad de La Habana.Teléfono: 6447430. lealcirt@infomed.sld.cu

**** Carlos Díaz Mayo. Cervantes núm.118.Apto. 3 entre D´Strampes y Goicurúa. Rpto. Sevillano. Ciudad de La Habana. Teléfono. 6494800.
carlos.diaz@infomed.sld.cu

*Profesor Titular de Cirugía. Especialista Segundo Grado. Doctor en Ciencias Médicas. Hospital 10 de Octubre.

**Profesor Titular de Cirugía. Especialista Segundo Grado. Doctor en Ciencias Médicas. Hospital Manuel Fajardo.

*Profesor Titular de Cirugía. Especialista Segundo Grado. Doctor en Ciencias Médicas. Hospital Miguel Enríquez.

****Auxiliar de Cirugía, Especialista Primer Grado.Hospital 10 de Octubre

RESUMEN

Se presenta un hombre de 57 años de edad con cáncer de esófago, localizado en tercio medio al que se realizó esofagectomía transhiatal sin toracotomía con esogastroplastia tubular ascendiendo la sustitución por el mediastino posterior, cuyo objetivo fue realizar la descripción del primer caso operado en el país por este método (1983), su evolución y resultados. Se presentó un paciente con disfagia de 3 meses de evolución y pérdida de 25 libras de peso; en su evolución postoperatoria se presentan complicaciones como neumotórax, derrame pleural y fístula esofágica las dos primeras tratadas con procedimientos quirúrgicos sencillos y la última con alimentación parenteral; cerró espontáneamente y egresó a los 31 días de operado. En conclusión, se presenta un caso histórico y anecdótico de un procedimiento aceptado internacionalmente y desarrollado en varios centros hospitalarios del país.

Palabras clave: Esofagectomía, trashiatal, disfagia, neumotórax, fístula esofágica.

INTRODUCCION

La esofagectomía transhiatal descrita por Denk y Ath, en 1913, de forma casi simultánea, fue realizada por Clairmont en 1924 y 1930 con Gray Turner con resultados desfavorables, no teniendo la aceptación esperada por sus iniciadores; en la década de los años 70, Orringer ¹ cirujano torácico del Hospital Universitario de Michigan publica una serie de 26 enfermos con buenos resultados y llega a tener a finales de los 90, más de 300 pacientes, operados con resección trashiatal, ² considerando como elemento principal de la selección el riesgo de una toracotomía. Becker complementó la técnica, posteriormente, con mediastinoscopia para garantizar la hemostasia ³ y Akiyama ⁴ perfecciona el método con la preparación del estomago en forma tubular, siguiendo un criterio de radicalidad oncológica y defiende la anastomosis mecánica en el cuello con el suturador EEA.

El autor principal del trabajo realiza, entre 1981 y 1982, un entrenamiento en el Servicio de Cirugía Digestiva, dirigido por el profesor Henry Bismuto, donde conoció el procedimiento y realiza el primer caso, en 1983, en el Hospital Universitario Miguel Enríquez; en la actualidad, la técnica es realizada en diferentes centros del país y se decide publicar este caso como un recuento histórico de la introducción del procedimiento en nuestro sistema de salud.

MATERIAL Y METODO

Paciente RMC, HC:290997, masculino de 57 años de edad, raza blanca, natural de Guanabacoa, con disfagia orgánica y progresiva de 3 meses de evolución con pérdida de 25 libras de peso, hace 15 días tiene regurgitaciones.

Al examen físico positivo observamos un enfermo emaciado. Ingresa el 29 de abril de 1983.

Esofagograma: Presencia de estenosis de 3 cm localizada en tercio medio.

(Figura 1).

Endoscopia: Estenosis a 35 cm de la arcada dentaria (se complementa con biopsia).

Estudio histológico de la biopsia: carcinoma epidermoide diferenciado.

Se discute el enfermo en el grupo de cirugía torácica del hospital y se decide mejorar el estado nutricional y, luego, operarlo con la resección esofágica transhiatal.

Es operado el 13 de mayo de 1983, asistido por el jefe de cirugía torácica, doctor Bernot y los residentes en esa época, doctores Mederos y Leal. Se realiza la intervención de forma simultánea con dos equipos quirúrgicos por el abdomen y el cuello; se separa el tumor digitalmente y se realiza la esofagectomía; se extrae el esófago por el cuello, el tubo gástrico se prepara con equipos mecánicos y se asciende por el mediastino posterior con anastomosis en región cervical en un solo plano con sutura no reabsorbible; se deja la piel de la herida cervical sin suturar. Se realiza piloromiotomía y al comprobar un neumotórax derecho por perforación de la pleura, realizamos una pleurotomía mínima alta.

La evolución de los primeros días fue satisfactoria, la alimentación parenteral se mantuvo una semana; comenzamos la alimentación por el levine al segundo día y al quinto con líquidos por la boca; al séptimo día comprobamos una fístula pequeña que se observa en los estudios contrastados (Figura 2) que cerró espontáneamente; se mantuvo la alimentación parenteral 10 días más de los previstos. Durante estos días, se diagnosticó una flebitis en el miembro superior derecho y un derrame pleural que al drenarlo se comprobó un líquido serohemático; al mejorar su estado general y comer alimentos sólidos se decide dar el egreso hospitalario a los 31 días de la intervención quirúrgica con seguimiento ambulatorio; meses después, fallece por progresión fatal de su enfermedad oncológica; no tuvo disfagia en ningún momento posterior a la operación

DISCUSION

Este procedimiento tiene una indicación excelente en el paciente con riesgo de toracotomía, indicación de esofagectomía y posibilidad de soportar la complejidad de la intervención; en la actualidad es reconocida como un arma terapéutica eficaz que tiene la gran ventaja que extrae la anastomosis del tórax y evita así las grandes complicaciones de una dehiscencia en esa localización. En Cuba, existen resultados satisfactorios y es un procedimiento usado regularmente en el Hospital Agostino Neto de Guantánamo y los hospitales capitalinos Miguel Enríquez, Manuel Fajardo, Calixto García y Hermanos Ameijeiras.

La evolución tórpida de nuestro enfermo con complicaciones variadas como neumotórax, derrame pleural, fístula y flebitis no opacan la significación de lograr que el paciente muera, comiendo por la vía oral, principio establecido por los que trabajan en esta cirugía.¹⁻¹⁴ Iniciar un procedimiento de gran complejidad y difícil pronóstico siempre es difícil, pero los resultados de los colegas que nos siguieron en nuestro país justifican la osadía de la decisión adoptada en nuestro enfermo hace 21 años.

CONCLUSION

Se presenta un enfermo con cáncer de esófago tratado con esofagectomía transhiatal, en 1983, con resultados satisfactorios, siendo la primera incursión con esta técnica en el país.

ABSTRACT: Transhyatal esophagectomy. Historical case.

We present a 57 years old male patient with middle third esophagus carcinoma to whom we perform a transhiatal esophagectomy without thoracotomy, utilizing a tubular ascending esophagogastroplasty substituting it with the posterior mediastinum. Main: To describe the first case operated in our country by this technique (1983), its evolution and results. Presentation: Patient with a three month lasting dysphagia, which has lost 12 Kg of weight, in his post surgical he had had pneumothorax, pleural effusion and esophageal fistulae the first two treated with simple procedures and being discharged after 31 days post surgical. Conclusions: We make known a historical and anecdotic case treated with a procedure internationally accepted; already developed in various health care centers in our country.

Key Words: Esophagectomy, transhyatal, dysphagia, pneumothorax, esophageic fistulae.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Orringer MB, Orringer JS. Esophagectomy without thoracotomy Journal Thoracic Card Surg.76(5): 643-654; 1978.

2 Orriger MB Esophageal replacement after transhiatal esophagectomy without thoracotomy. Mastery of Surgery. Second Ed. (58): 569-581; 1992.

3 Becker CL. Endoscopic esophagectomy. Surgery Second Ed Mosby. St Louis. 2(29):1253-1995; 1995.

4 Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, Kajiyama Y. Systematic lymph node dissection for esophageal cancer. Effective or not? *Dis Esoph.* 7:2-13; 1994.

5 Bousamara M, Haasler GB, Parviz M. A decade of experience with transthoracic and transhiatal esophagectomy. *Am J Surg.* 183:162-7; 2002.

6 Griffin SM, Shaw IH, Dresner SM. Early complications after Ivor Lewis esophagectomy with two-field lymphadenectomy: risk factors and management. *J Am Coll Surg.* 194:285-97;2002.

7 Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD. Transhiatal esophagectomy: clinical experience and refinements. *Ann Surg.* 230:392-400; 1999.

8 Rao YG, Pal S, Pande GK, Sahmi P, Chattopadhyay TK. Transhiatal esophagectomy for benign and malignant conditions. *Am J Surg.* 184:136-42; 2002.

9 Heitmiller RF, Fischer A, Liddicoat JR. Cervical esophagogastric anastomosis: results following esophagectomy for carcinoma. *Dis Esophagus.* 12:264-9; 1999.

10 Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD. Eliminating the cervical esophagogastric anastomotic leak with a side-to-side stapled anastomosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 11:277-88; 2000.

11 Urschel JD. Gastric conditioning. *Recent Results Cancer Res.* 155:135-44;2000.

12 Nozoe T, Kimura Y, Ishida M, Saeke H, Konenaga D, Sugimachi K. Correlation of pre-operative nutritional condition with post-operative complications in surgical treatment for esophageal carcinoma. *Eur J Surg Oncol.* 28:396-400;2002.

13 Peracchia A, Bardini R. Total esophagectomy without thoracotomy: results of a European Questionnaire (GEEMO). *Int Surg.* 71:171-5; 1986.

14 DeMeester TR, Zaminotto G, Johansson KE. Selective therapeutic approach to cancer of the lower oesophagus and cardias *J Thorac Cardiovasc Surg.* 95:42-44;1988.

ANEXO

Fig. 1. Esofagograma con presencia del tumor de tercio medio.

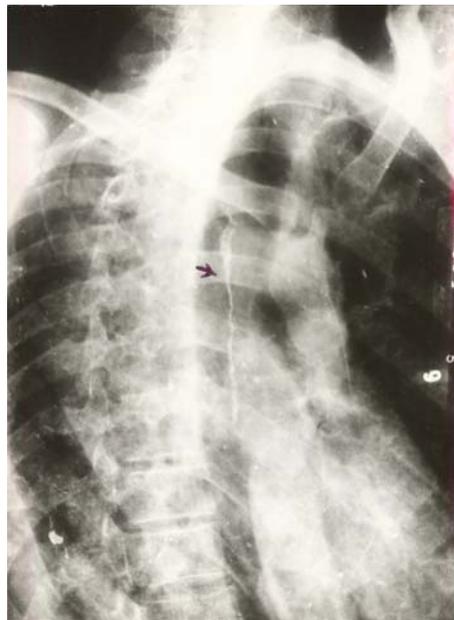


Fig. 2. Esofagograma con pequeña fístula.

