

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez", Ciudad de La Habana

RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE IVOR-LEWIS EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO *

Dra. Rosalba Roque González,¹ Dr. Evelio T. Ramírez Hernández,² Dr. Armando Leal Mursuli,² Dra. Nélida Ramos Díaz¹ y Dr. Radamés Adefna Pérez³

RESUMEN

Se realiza un estudio de 51 pacientes con cáncer de esófago, los cuales recibieron tratamiento quirúrgico por la técnica de Ivor-Lewis entre 1980 y 1997, ambos inclusive. Esta afección maligna del esófago se origina con más frecuencia en su tercio inferior en el 41,1 %. En el acto quirúrgico se verificó mayoritariamente el estadio III de los enfermos que representa 65 % y sólo el 9,6 % de éstos se encontraba en un estadio I. Las complicaciones pulmonares fueron las más halladas con una mortalidad operatoria de 23,5 % y un índice de dehiscencia de 3,9 %. El intervalo libre de enfermedad al año fue de 58 % y la supervivencia estuvo en relación con el estadio, al hallarse en el estadio I el 100 % a los 2 años y el 20 % a los 4 años; el estadio II, 100 y 7 % y el estadio III 48 y 0 % respectivamente.

Descriptor DeCS: NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/cirugía; ESOFAGECTOMIA/métodos; RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

La esofagectomía subtotal con esofagogastrostomía transpleural derecha u operación de Ivor-Lewis a la que se adiciona actualmente la linfadenectomía celíaca y mediastínica, continúa siendo en muchos centros quirúrgicos la operación de elección en el cáncer del esófago.¹⁻³

En 1946 *Ivor Lewis* describió esta técnica, y realizó ésta en 2 tiempos, con un intervalo de 15 días; proceder que fue

modificado; en la actualidad se hace en un solo tiempo.^{1,2} Los defensores de esta vía de acceso plantean varios argumentos: se trata de una intervención oncológicamente suficiente, de ejecución relativamente simple, adecuada exposición y acceso del esófago torácico, permite una disección fácil y extensa de él, y restablece la continuidad digestiva normal de inmediato.¹

* Trabajo presentado en el 5to. Congreso Nacional de Gastroenterología, noviembre de 1998.

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente.

³ Residente de 3er. año en Cirugía General.

MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de 51 enfermos operados por cáncer del esófago en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Miguel Enríquez», entre los años 1980 y 1997, ambos inclusive, por la técnica de Ivor-Lewis, y se recogieron como principales datos la localización del tumor, estadio quirúrgico y anatomopatológico, complicaciones posoperatorias, mortalidad operatoria, intervalo libre de enfermedad y supervivencia; los resultados se compararon con estudios similares realizados por autores nacionales y extranjeros, utilizando el método de Kaplan-Meier para medir los 2 últimos datos que se analizaron.

RESULTADOS

La localización del cáncer esofágico en nuestra serie fue en el tercio inferior (41,1 %) seguida del cardias (33,5 %) (tabla 1), y se halló que 5 pacientes (9,6 %) fueron clasificados como estadio I; éstos presentaban clínicamente sólo molestias al deglutir y en 3 de ellos el esofagograma no reveló lesión alguna, esto se confirmó por el estudio endoscópico y biopsia. A 13 pacientes se les clasificó en estadio II (25,4 %), y se verificó el mayor número de enfermos en estadio III (65 %) (tabla 2).

Las complicaciones más frecuentes fueron las respiratorias, y la neumonía y la atelectasia fueron las de mayor inciden-

TABLA 1. Localización del cáncer de esófago

Localización	No. de pacientes	%
Tercio medio	13	25,4
Tercio inferior	21	41,1
Cardias	17	33,5
Total	51	100,0

TABLA 2. Correlación estadios/localización del tumor

Estadio	1/3 medio	1/3 inferior	Cardias	Total/ %
I	1	3	1	5/9,6
II	3	6	4	13/25,4
III	9	12	12	33/65,0

cia. Se hizo necesaria la reintervención quirúrgica en 3 pacientes (5,8 %) por trastornos de la evacuación al no realizarles piloroplastia en la técnica quirúrgica. En nuestra serie tuvimos 2 dehiscencias de la anastomosis que curaron por tratamiento médico; la mortalidad operatoria fue de 12 pacientes (23,5 %) y fueron sus causas las cardiopulmonares: *distress* respiratorio, 4 pacientes (7 %) fallo cardiorrespiratorio agudo, 3 pacientes (5,8 %); tromboembolismo pulmonar, 3 pacientes (5,8 %) y el infarto miocárdico agudo en 2 enfermos (3,9 %) (tabla 3).

TABLA 3. Relación complicaciones/mortalidad

Complicaciones	Pacientes (%)	Fallecidos (%)
Neumonía	11 (21,5)	-
Atelectasia	9 (17,6)	-
Broncoaspiración	1 (1,9)	-
Trastorno de evacuación	3 (5,8)	-
Dehiscencia de la anastomosis	2 (3,9)	-
<i>Distress</i> respiratorio	4 (7,0)	4 (7,0)
Fallo cardiorrespiratorio agudo	3 (5,8)	3 (5,8)
Tromboembolismo pulmonar	3 (5,8)	3 (5,8)
Infarto miocárdico agudo	2 (3,9)	2 (3,9)
Mortalidad operatoria	-	12 (23,5)

El intervalo libre de enfermedad más corto presentado por un paciente fue de 5 meses y el tiempo medio de recurrencia de 9 meses. En el primer año de sobrevida el 58,8 % de los enfermos no tuvo recidivas ($p = 0,119$), en el segundo año sólo el 5,8 % estaba libre de síntomas y

TABLA 4. Intervalo libre de enfermedad: supervivencia según método Kaplan-Meier

Intervalo	Recurrencia	Expuestos	Supervivencia Kaplan-Meier	Error estándar
1 año	21	51	0,5882	0,1194
2 años	27	30	0,5880	0,0571
3 años	3	3	0,0000	0,0000

TABLA 5. Relación estadios/supervivencia

Estadio	No. de pacientes	Fallecidos/supervivencia				
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
I	5	0/1,00	0/1,00	2/0,60	2/0,20	1/0,00
II	13	0/1,00	3/0,76	5/0,38	4/0,07	1/0,0
III	33	17/0,48	9/0,21	7/0,00		

en el tercer año de evolución posoperatoria todos los pacientes tuvieron en algún momento recurrencia local o a distancia del tumor (tabla 4), y fueron los sitios más frecuentes de recurrencia en nuestro estudio: esófago residual, 6 pacientes (11,7 %); ganglios supraclaviculares, 4 pacientes (7,8 %) y el pulmón, 3 pacientes (5,8 %).

Al estadio I le corresponde la supervivencia más alta con el 100 % a los 2 años y del 20 % a los 4 años y al estadio III la más baja, y sólo sobrevivió el 21 % a los 2 años, lo que refleja un mejor pronóstico en pacientes a los que se les confirmó en el acto quirúrgico estadios tempranos de la enfermedad, y existió una diferencia estadística importante entre los estadios II y III (tabla 5).

DISCUSIÓN

El esófago torácico continúa siendo la localización más frecuente del carcinoma esofágico para coincidir esto con autores como *Katlic*² que reporta una incidencia del 75,3 % y *Akiyama*¹ el 59,3 %. La endoscopia es el principal medio diagnóstico con hallazgos positivos en más del 98 %

de los enfermos.^{1,2} *Skinner*⁴ informa que el análisis de la penetración del tumor en la pared esofágica y el número y localización de las metástasis ganglionares son importantes factores predictivos de pronóstico que podrían identificar a los pacientes potencialmente curables de los que muestran avanzada enfermedad, y es de gran ayuda para ello la tomografía axial computadorizada y más recientemente el ultrasonido endoluminal.^{5,6}

Las complicaciones cardiopulmonares constituyen las causas más frecuentes en el posoperatorio inmediato y las de mayor mortalidad, para coincidir con otros reportes.³

La dehiscencia de la anastomosis esofagogástrica fue hallada en nuestra casuística en el 3,9 %, lo que implica una adecuada técnica quirúrgica, y su principal causa de dehiscencia fueron los trastornos en el flujo sanguíneo de la anastomosis, por lo que *Akiyama*¹ recomienda la embolización previa de las arterias gástrica izquierda y esplénica; otros autores como *Spiliopoulos*⁷ han recomendado realizar la anastomosis en posición subpleural. Nuestro índice de dehiscencia fue similar al reportado por otros autores.^{1,2,8}

Al analizar el intervalo libre de enfermedad (ILE) no encontramos trabajos nacionales que reflejen este parámetro. *Katlic*² halló un tiempo medio para recurrencia local de 11 meses y un intervalo libre de enfermedad a los 5 años en el 34,5 %, sin existir una diferencia significativa entre los pacientes a los que se les realizó radioterapia coadyuvante preoperatoria y los que no la recibieron, *Katlic* y *Parker*^{2,5} reportan ILE de 13 y 14 meses respectivamente; consideramos que nuestros resultados están en relación con intervenciones en pacientes con estadios avanzados.

La supervivencia está determinada por el estadio quirúrgico como indica la tabla 5. *Katlic*² informa en 7 de sus pacientes en el estadio I una supervivencia de más de 10 años e *Ibson*⁶ obtuvo el 50 % a los 2 años en el estadio I y II, y sólo obtuvo el 12 % en el estadio III. *Skinner*⁴ reporta una supervivencia a los 2 años del 80 % en el estadio I, 50 % en el estadio II y en el estadio III menos del 10 %; estos resultados nos orientan a agotar todos los esfuerzos por un diagnóstico más temprano de esta penosa enfermedad, con lo que lograremos mejores supervivencias.^{2,5,9,10}

SUMMARY

A study of 51 patients with esophageal cancer that received surgical treatment by the Ivor-Lewis' technique between 1980 and 1997, including both, was conducted. This malignant affection of the esophagus appears more frequently in its lower third in 41.1 % of the cases. During the surgical procedure, it was mostly proven the stage III of the sick, accounting for 65 %, whereas only 9.6 % of them were in a stage. The pulmonary complications were the commonest with an operative mortality of 23.5 % and a desiccation index of 3.9 %. The disease free interval at a year was 58 % and survival proved to be in relation to stage, a finding in stage I, 100 % at 2 years and 20 % at 4 years; in stage II, 100 and 7 %, and in stage III, 48 and 0 %, respectively.

Subject headings: ESOPHAGEAL NEOPLASMS/surgery; ESOPHAGECTOMY/methods; TREATMENT OUTCOME.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akiyama H. Preoperative embolization of gastric arteries for esophageal cancer. *Surgery* 1996;120(3):542-46.
2. Katlic M, Wilkins E, Grillo H. Three decades of treatment of esophageal squamous carcinoma at the Massachusetts General Hospital. *J Thorac Card Surg* 1990;99:929-38.
3. Sabik JF. Superficial esophageal carcinoma. *Ann Thoracic Surg* 1995;60:896-902.
4. Skinner D, Little AG, Ferguson MK. Selection of operation for esophageal cancer based on staging. *Cancer* 1997;94:3201-12.
5. Parker SL, Tong T, Bolden S. *Cancer Statistics* 1997;CA 47:75.
6. Ibson DH, Kelsen DP. Management of esophageal cancer. *Oncology* 1996;10:1385-402.
7. Spiliopoulos A, Robert JH. Protective subpleural blauketing of intrathoracic esophagogastric anastomosis after esophagectomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998;13:200-2.
8. Mc Keown K. Resection of mid esophageal carcinoma with esophagogastric anastomosis. *W J Surg* 1981;5:517-25.
9. García Gutiérrez A, Roque Sanabria F, Delgado García G. Historia de la cirugía del esófago en el Hospital Universitario «General Calixto García» *Rev Cubana Cir* 1997;36(3):212-17.
10. Waish T N, Noonan N, Hollywood D. A comparison of multimodality therapy and surgery for esophageal adenocarcinoma. *N Eng J Med* 1996;335:462-67.

Recibido: 18 de febrero de 1999. Aprobado: 30 de marzo de 1999.

Dra. *Rosalba Roque González*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez", Ramón Pintó, número 202, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.