

ARTÍCULOS ORIGINALES

Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo", Ciudad de La Habana

AFECCIONES QUIRÚRGICAS DEL ESÓFAGO Y CARDIAS. ESTUDIO DE UNA DÉCADA

† Dr. Raúl Saa Vidal,¹ Dr. Orestes N. Mederos Curbelo,² Dr. Juan Carlos Barreras Ortega,³ Dr. Carlos Alberto Romero Díaz,⁴ Dr. Alexis Cantero Ronquillo⁴ y Dr. Jesús Valdés Jiménez⁵

RESUMEN

Se presentan 109 enfermos con afecciones de esófago y cardias, a los cuales se les realizaron intervenciones quirúrgicas en la última década del sigloxx, en el Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo" y que representan el 0,47 % de todas las intervenciones electivas mayores. El 74 % era del sexo masculino y el 84 %, superior a la cuarta década. El 61,4 % tenía afecciones malignas, de ellos irresecables el 46,2 %. La mortalidad quirúrgica fue de 4,5 % y los problemas relacionados con la sutura el 4,1 %.

DeCS: NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/cirugía; CIRUGIA TORACICA/métodos; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS CARDIACOS/métodos; INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD; MASCULINO

En mayo del 2000 falleció nuestro querido Profesor Titular y Doctor en Ciencias Médicas *Raúl Saa Vidal*, quien en sus últimos años desarrolló un intenso trabajo en la organización y estructuración de la cirugía torácica en el Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo".¹

Este maestro de la cirugía fue también un inolvidable conferencista dotado de un talento que le permitió profundizar en la

historia de la medicina, el diseño gráfico y la escritura, y donde realizó trabajos como la biografía del Profesor *Joaquín M. Albarrán Domínguez*.² En el momento de su fallecimiento nos encontrábamos en la confección de este trabajo en el que indiscutiblemente su aporte fue esencial, y decidimos culminarlo como un modesto homenaje a su larga trayectoria como formador de cirujanos.

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular y Consultante de Cirugía General.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía general.

³ Especialista de II Grado en Cirugía General. Instructor de Cirugía General.

⁴ Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente de Cirugía General.

⁵ Especialista en Cirugía General.

MÉTODOS

Se muestran los resultados de la cirugía de esófago y cardias en el Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo" durante el período de 1990 al año 2000, ambos incluidos; se describen la morbilidad y mortalidad de dichas afecciones y técnicas utilizadas.

La vaguectomía troncular incompleta, al igual que las enfermedades relacionadas con el cardias fueron incluidas, para llegar a un total de 109 enfermos.

RESULTADOS

De los 109 enfermos 74 (67,9 %) eran del sexo masculino, y el 84 % estaba por encima de la cuarta década de la vida. Entre los diagnósticos se destacan el cáncer de esófago y cardias como los más frecuentes (71,4 %), y el 46,2 % era de lesiones irresecables, seguidos de hernia hiatal, esofagitis de reflujo y vaguectomía incompleta, con 23,9 %. Se destaca también la casuística 4 divertículos faringoesofágicos, 4 aclasias de esófago y 4 estenosis por cáustico (tabla 1).

TABLA 1. Diagnóstico de las afecciones esofágicas

Diagnóstico	No.	%
Cáncer de esófago y cardias	67	61,4
Acalasia del esófago	5	4,6
Hernia hiatal deslizada y/o esofagitis de reflujo	14	12,9
Divertículos de Zenker	4	3,7
Fístula esofagopleurocutánea	1	0,9
Fístula esofágica cervical	1	0,9
Estenosis por cáusticos	4	3,7
Espasmos esofágico difuso	1	0,9
Vaguectomía incompleta	12	11
Total	109	100

Fuente: Datos de las historias clínicas del Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo".

Fueron operados una mujer por espasmo esofágico difuso y un hombre, con una fístula esofagopleurocutánea de 2 años de evolución, posterior a una neurectomía por cáncer del pulmón; 10 años antes este paciente había sido atendido fundamentalmente por desnutrición, como consecuencia de la salida de los alimentos por la pared torácica.

La cirugía esofágica representó el 0,47 % de todas las intervenciones quirúrgicas mayores realizadas durante esta década.

En las afecciones malignas de esófago y cardias irresecables predominaron los procedimientos con prótesis intratorácicas o derivaciones (Postlethwait, Claggett). Un enfermo falleció en la preparación para una derivación por infarto del miocardio; éste recibía alimentación por yeyunostomía para mejorar su estado nutricional.

En las lesiones resecables del esófago (tabla 2), se efectuaron técnicas como la esofaguectomía sin toracotomía con esofagocoloplastia (técnica de Orringer), esofaguectomía con esofagocoloplastia, esofagogastroplastia (técnica de Ivor-Lewis), gastroesofagoplastia retroesternal (técnica de Kirschner-Nakayama) y esofagogastrectomía por toracotomía izquierda (técnica de Sweet).

En la localización cardial se realizaron las técnicas de Sweet, Lewis y Logan (esofaguectomía distal y gastrectomía total con esofagoyeyunostomía) y gastrectomía cardial.

En las hernias hiales las técnicas fueron diferentes, con inclusión de la gastropexia izquierda posterior de Hill, la funduplicatura de Nissen, la cardioplastia de Belsey Mark IV, la reconstrucción de Allison y la hemiválvula posterior de Toupet. Esta última fue la que más se usó en afecciones como hernia hiatal con reflujo y sin él y en todos los enfermos que mostraron afecciones abdominales asociadas, en especial la úlcera duodenal, se combinó con vaguectomía y piloroplastia.

En la acalasia se utilizó la cardiomiectomía longitudinal de Sèller, modifica-

TABLA 2. Distribución de operaciones por afecciones malignas

Diagnóstico	Técnicas	No.
Cáncer de esófago (23) irreseccable	- Prótesis transtumoral	14
	- Alcohol absoluto y prótesis y radioterapia	6
	- Postlethwait*	1
	- Iwor Lewis*	2
Cáncer de esófago (16) reseccable	- Kirschner-Nakayama*	4
	- Esofagocoloplastia*	2
	- Akiyama*	4
	- Sweet*	4
	- Prótesis transtumoral	5
Cáncer de cardías (8) irreseccable	- <i>By-pass</i> (Claggett)*	2
	- Yeyunostomía	1
Cáncer de cardías (20) reseccable	- Iwor-Lewi*	4
	- Sweet*	2
	- Logan*	12
	- Gastrectomía cardial*	2

* Sutures.

Fuente: Datos de las historias clínicas del Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo".

TABLA 3. Distribución según diagnóstico y operación en las afecciones benignas

Diagnóstico	Técnica	No.
Hernia hiatal	- Allison	1
	- Hill	1
	- Toupet	4
	- Nissen	2
	- Belsey Mark IV	2
Esofagitis de reflujo con úlcera duodenal	- Toupet, vaguectomía y piroloplastia	4
	- Merendino*	2
Acalasia del esófago	- Heller con toupet	3
Espasmo Esofágico Extendido	- Heller extendido	1
Estenosis por cáusticos	- Esofagocoloplastia*	4
Fístula esófago-pleurocutánea	- Postlethwait*	1
Fístulas esofágico cervical	- Reparación de anastomosis*	1
Divertículos de Zenker	- Miotomía y diverticulotomía	4
Vaguectomía incompleta	- Vaguectomía transtorácica	12

* Sutura

Fuente: Datos de las historias clínicas del Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo".

da con la técnica de Toupet y la sustitución yeyunal de Merendino, según eran fusiforme o dolicoomegaesofágico, respectivamente.

El procedimiento utilizado en el espasmo de esófago difuso fue el de Sèller extendido y en la fístula esofagopleurocutánea la esofagogastroplastia tubular de Postheitwait,

excluyendo el trayecto fistuloso esofágico, para impedir el paso del alimento por la fístula. La fístula cervical posterior a una traqueostomía se trató mediante gastrotomía y eliminación del trayecto fistuloso, posteriormente (tabla 3).

Los trastornos de las anastomosis representaron el 4,1 %. De las 48 anastomo-

TABLA 4. *Deshicencia de anastomosis y mortalidad quirúrgica*

	No.	%	Causa
Fallecidos	5	4,5	- Tromboembolismo pulmonar (Akiyama). - Necrosis de colon transverso y peritonitis (Logan). - Mediastinitis (esofagocoloplastia). - Sepsis respiratoria nosocomial (prótesis transtumoral).
Anastomosis	48	100	- Infarto del miocardio (Sweet).
Dehiscencias	2	4,1	-

Fuente: Datos de las historias clínicas del Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo".

sis del esófago 45 fueron manuales, y en estos pacientes se presentaron las 2 fístulas, una posterior a una operación de Iwor Lewis que cerró espontáneamente sin dejar estenosis y la otra, después de una esofago-coloplastia. Ninguna de las 3 anastomosis realizadas mecánicamente con SPTU en esofagostomía reflejaron complicaciones (tabla 4).

Todas las vaguectomía incompletas se abordaron por la vía axilar.

DISCUSIÓN

Las lesiones malignas de esófago y cardias son, por desdicha, las afecciones quirúrgicas que más frecuentemente se operaron con la significación de complejas intervenciones, una morbilidad y mortalidad e irresecabilidad.^{3,4}

Este período marcó variaciones en el Hospital en relación con el cáncer resecable según el órgano sustituto, y puso de la preferencia del colon, con la utilización del colon derecho isoperistáltico por vía retrosternal, similar a la del colectivo del Hospital Universitario Calixto García", que es el grupo de mayor experiencia⁵ en la utilización del estómago, como tendencia generalizada.^{6,7} En los tumores irresecables se eliminó las gastrostomías definitivas, y se prefirieron las prótesis transtumorales⁸

y los *by-pass* derivativos, además de resaltar la preparación nutricional mixta previa. En nuestro Centro en el período de 1965 a 1978, de 70 cánceres de esófago, al 67,1 % sólo se le realizó gastrostomía, que contrasta con el criterio actual (Roque PP.) Tratamiento del cáncer de esófago [trabajo de terminación de residencia], La Habana, 1965 - 1978).

En la hernia hiatal las técnicas que se utilizaron han sido variadas; por sus resultados se prefirió la hemiválvula posterior de Toupet por vía abdominal, la cual permite la solución de afecciones asociadas,⁹ y que tiene el Belsey Mark IV su principal indicación en presencia del esófago corto.

En la acalasia del esófago se siguieron los criterios del *Manual de Normas y Procedimientos* del Grupo Nacional de Cirugía¹⁰ y otros autores,¹¹⁻¹⁵ a causa de que desde que Zaaver en 1923 modificó la cardiomiectomía de Sëller (14 de abril de 1913) éste ha sido el principio básico del tipo fisifome y la interposición yeyunal para el doliconogaesófago. Preferimos la vía abdominal en el Sëller, aunque no existen diferencias con la torácica con apertura longitudinal del diafragma,¹² y donde se extiende el Heller desde los últimos 6 a 8 cm del esófago hasta 1 cm de la musculatura gástrica. Estos criterios son diferentes a experiencias anteriores en nuestro Hospital, donde se empleaban técnicas como la

de Wendel, Wangesteen, Petrousky y el Heller, por vía torácica sin antirreflujo (Dollár Ramos AA.) Acalasia esofágica. Estudios de los años, 1962-1976 [trabajo de terminación en residencia]).

Desde que Acheson y Hadley en 1958 plantearon la aparición del reflujo, se discute la necesidad o no de una técnica para contrarrestar éste; Henry Ellis de Boston⁴ y Spencer Payne² en la Mayo Clinic con casuísticas importantes, han negado su necesidad; nosotros sistemáticamente realizamos técnicas antirreflujos, principalmente Toupet por vía abdominal, que es sencilla y previene las estenosis residuales tardías.

En la fístula esofagopleurocutánea se plantea el abordaje directo de la lesión, el antecedente de una neumectomía nos hizo decidir por un tubo gástrico isoperistáltico, dejando una exclusión la fístula que llegó a tener un diámetro similar al esófago (técnica de Postlethwait).

En una paciente de 36 años con espasmo esofágico difuso idiopático sintomático (dolor retroesternal intermitente y disfagia sin lesiones orgánicas tratada por psiquiatría), éste se resolvió con una miotomía extramucosa extendida desde el *fundus* hasta cerca del cayado de la aorta, para cumplir con los parámetros de la clínica en ausencia de enfermedad, y la evidencia radiográfica de ausencia de espasmos planteados por Ellis,¹⁴ pero no con su planteamiento, de que el enfermo sea emocionalmente estable.

En el divertículo de Zenker tuvimos buenos resultados con la diverticulectomía con cricomiectomía por vía cervical izquierda.¹⁶⁻¹⁸

Todas las afecciones benignas se abordaron por incisiones torácicas axilares, rea-

lizadas por el autor principal durante más de 25 años en afecciones pulmonares y extrapulmonares, y sus primeros resultados los presentó en la Sociedad Cubana de Cirugía en 1973.¹

En las lesiones por cáusticos creemos que lo ideal es la sustitución esofágica con la utilización del colon, por la extensión y factibilidad, para estar en concordancia con las recomendaciones del profesor García Gutiérrez.⁵

La mortalidad quirúrgica en afecciones esofágicas estuvo influenciada por el deterioro nutricional de estos pacientes y por la complejidad de los procedimientos operatorios,^{3-6,12,18} con repercusión en los fallos anastomóticos.

En conclusión podemos decir:

- La cirugía de esófago y cardias representó el 0,4 % de las intervenciones mayores, con predominio del sexo masculino en el 74 % y la cuarta década de la vida fue afectada en un 84 %.
- Las afecciones malignas fueron las más frecuentes (61 %) de ellas el 46,2 % irreseccables, seguidos en frecuencia por las hernias hiatales y las vaguectomías incompletas.
- En las lesiones malignas las técnicas dependieron de la localización y el estadio clínico, y en las benignas las valvuloplastias de Toupet en la hernia hiatal, la técnica de Sæller en la Acalasia, la diverticulectomía con cricomiectomía en los divertículos de Zenker y la esofagocoloplastia en las estenosis por cáusticos.
- La mortalidad quirúrgica fue de 4,5 % y las dehiscencias de anastomosis, 4,1 %.

SUMMARY

109 patients with esophagus and cardia affections that were operated on in the last decade of the XX century at Comandante Manuel Fajardo Teaching Hospital and that accounted for 0.47 % of all major elective surgeries

were presented. 74 % were males and 84 % were over 40. 61.4 % had malignant affections. 46.2 % of them were unresectable. Surgical mortality was 4.5 % and the problems related to suture represented 4.1 %.

Subject headings: ESOPHAGEAL NEOPLASMS/surgery; THORACIC SURGERY/methods; CARDIAC SURGICAL PROCEDURES/methods; INDICATORS OF MORBIDITY AND MORTALITY; MALE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saa Vidal R, Mederos Curbelo O, Cantero Ronquillo A, Menchaca Díaz J, Barreras Ortega J, Valdez Jiménez J. Organización y resultados de la cirugía torácica en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Comandante Manuel Fajardo. *Rev Cubana Cir* 1999; 38(1): 36-40.
2. Saa Vidal R, Joaquín M, Albarrán y Domínguez. *Rev SILAC* 1995; 3(1): 49-53.
3. Skinner D, Little AG, Ferguson MK. Selection of operation for esophageal cancer based on staging cancer 1997; 94: 3201-12.
4. Itison DH, Kelsen DF. Management of esophageal cancer. *Oncology* 1996; 10: 1385-402.
5. García Gutiérrez A, Selman-Hosseini A, Morandeida MA, Roque Zambrana F, Pérez Orama H, Domenico GJ, et al. Esfagocoloplastia. Resultados en 108 pacientes. *Rev Cubana Cir* 1986; 25(5): 464-80.
6. Roque GR, Ramírez HE, Leal Mursulí A, Ramos DN, Adefna PR. Resultados de la técnica de Ivor-Lewis en el cáncer de esófago. *Rev Cubana Cir* 1999; 38(3):136-9.
7. Barreras Ortega JC, Mederos Curbelo ON, Menchaca Díaz JL, Romero Díaz CA, Cantero Ronquillo A, Valdés Jiménez J. Resultados quirúrgicos en el cáncer de esófago y cardias. *Rev Cubana Oncol* 2000; 16(2): 116-9.
8. Saa Vidal R, Mederos Curbelo O, Barreras Ortega J, Menchaca Díaz J, Martín Gil IM, Rdz PT. Implantación de prótesis transtorácicas. *Rev Cir Esp* 1996; 59(3): 94.
9. García Gutiérrez A, Albert del Portal D, Rojas HM, González EA, Manso RG, Marrero MG. Valvuloplastia de Toupet en la hernia deslizante y la esofagitis por reflujo. *Rev Cubana Cir* 1978; 17(2):163-80.
10. Grupo Nacional de cirugía. Manual de Normas y Procedimientos. 2da. ed, L Habana: Ed. Ciencia y Técnica, 1982.
11. Bernot RD, Mederos Curbelo ON, Leal Mursulí A, Ramírez HE. Criterio quirúrgico en el tratamiento de la acalasia. *Rev Cubana Cir* 1989; 28 (6): 580-6.
12. Payne SW, King KM. Treatment of achalasia of esophagus. *Surg Clin North Am* 1983; 63:963-70.
13. Moreno GE, García AE, Rico SP, García GL, Jover NM, Areas DJ. Resultados del tratamiento quirúrgico de la acalasia esofágica. Estudio multicéntrico retrospectivo sobre 1856 casos. *Rev Cir Esp* 1987; 40: 157-67.
14. Ellis FH, Code CF, Olsen AM. Long esophagotomy for diffuse spasm of the esophagus and hypertensive gastroesophageal sphincter. *Surgery* 1960; 48: 155-69.
15. Belsey R. Functional disease of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1966; 52: 164-88.
16. Romero D CA, Pascual Chirino C, Year A, Molina E. Tratamiento quirúrgico del divertículo de Zenker. Seguimiento entre dos y catorce años. *Rev Cubana Cir* 2000; 39 (1): 17-21.
17. Ellis FH, Schlegel JF, Lynch LP, Payne WS. Cricopharyngeal myotomy for pharyngoesophageal diverticulum. *Ann Surg* 1969; 170: 340-9.
18. Lant CF, Fork M, Cheung SWK, Wong J. Anastomosis after esophagectomy for cancer: a comparison of neck and chest anastomoses. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 104:395.

Recibido: 18 de octubre de 2001. Aprobado: 2 de enero del 2002.

Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo. Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo", Zapata y D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.