



[Revista de la Facultad de Medicina](#)

versión impresa ISSN 0798-0469

RFM v.26 n.1 Caracas ene. 2003

ESÓFAGO-YEYUNOANASTOMOSIS TÉRMINO-LATERAL: TÉCNICA SIMPLIFICADA CON MÁQUINA AUTOSUTURA EN CÁNCER DEL TERCIO SUPERIOR DEL ESTÓMAGO

G Benítez P¹, A París P², R Saade C³, E Nakhal H⁴ y A Mata B⁵.

¹ Profesor Agregado, Facultad de Medicina Escuela Luis Razetti.

² Profesor Titular, Facultad de Medicina Escuela Luis Razetti.

³ Residente tercer año Cirugía General, Facultad de Medicina Escuela Luis Razetti.

⁴ Profesor Instructor, Facultad de Medicina Escuela Luis Razetti.

⁵ Profesor Jubilado Cátedra Gastroenterología, Hospital Vargas Caracas.

RESUMEN

La resección gastro-esofágica representa un reto quirúrgico mayor, con una alta morbi-mortalidad. El motivo de este trabajo es presentar una modificación sustancial de la técnica que evita una nueva línea de sutura en el asa yeyunal ascendida. Entre 1991 y 2001 se operaron 9 casos: 6 hombres y 3 mujeres, la media de edad fue de 67,88 años. 7 (77,77%) pacientes con ADC gástrico del 1/3 superior de la curvatura menor, una paciente tenía un linfoma gástrico (11,11%), y un paciente tenía un ADC de esófago secundario a una metaplasia de Barrett (11,11%). La mortalidad a los 30 días fue de 1 paciente (11,11%). Después de un seguimiento de 10 años, la sobrevida osciló entre 1 mes y 10 años, siendo el promedio de 24,57 meses. La sobrevida a los dos años fue de 44,44%, y a los 5 años de 11,11%.

Palabras Clave: Esófago-yeyunostomía en Y de Roux, Resección transhiatal (TH).

ABSTRACT

The esophagogastric resection is a major surgical challenge. The aim of this study is to present a substantial modification of the anastomosis that evades a new line of suture in the yeyunal loop. Between 1991 and 2001 nine patients were operated. 6 men and 3 women. The median age was 67,88 years. Seven patients (77,77%) had adenocarcinoma of the esophagogastric junction, one patient with gastric lymphoma (11,11%), and one patient with Barrett's esophagus(11,11%) The 30 days mortality was 11, 11%. After a follow-up of 10 years, the range of survival was 1 month-10 years, the mean was 24, 57 months. The two years survival was 44, 44% and five years 11,11%.

Key Words: Esophagojejunostomy Roux-en- Y technique, Transhiatal resection (TH).

INTRODUCCIÓN

Servicios Personalizados

Revista

SciELO Analytics

Artículo

Artículo en XML

Referencias del artículo

Como citar este artículo

SciELO Analytics

Traducción automática

Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Compartir

Otros

Otros

Permalink

La Cirugía esofágica, es una de las experiencias más frustrantes para el cirujano general por su tendencia a una complicación muy temida, la dehiscencia de la anastomosis, independientemente que la anastomosis sea manual o mecánica (autosuturadoras) y de la técnica utilizada. La dehiscencia de la anastomosis ha disminuido notablemente estos últimos años⁽¹⁾.

En las grandes series quirúrgicas de los cirujanos asiáticos^(2,3,4,5,6) puede notarse, debido a su gran experiencia, los análisis y correcciones realizadas previas a la intervención logrando disminuir las complicaciones y por ende, la mortalidad post-operatoria.

Bailey y col⁽⁷⁾ publicaron una serie prospectiva de 1777 pacientes con un seguimiento de 10 años, donde evidenciaron una morbilidad del 50% y una mortalidad de 10%.

En nuestro medio, la casuística es pequeña, debido a que el adenocarcinoma de la unión esofagogastrica es poco frecuente y de diagnóstico tardío, por lo tanto, intervenir un esófago es un hito del destino.

PACIENTES Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía III y en el Instituto Clínico La Florida, del año 1992 al 2001 con adenocarcinoma confirmado de la unión esofagogastrica y esófago de Barrett, sin evidencia de metástasis a distancia y enfermedad loco-regional evidente.

Los pacientes fueron mayores de 18 años y en adecuadas condiciones clínicas para la intervención quirúrgica (ASA I o II).

El diagnóstico pre-operatorio consistió en:

- 1) Estudio de tránsito radiológico contrastado de esófago-estómago-duodeno.
- 2) Endoscopia digestiva superior con toma de muestra para biopsia.
- 3) Ecosonograma abdominal.
- 4) Tomografía toraco-abdominal con contraste.
- 5) Rx. de tórax.

A todos los pacientes se les realizó laparotomía media supra e infra umbilical y se utilizó la vía transhiatal (TH) para la resección esofágica^(8,9). Esófago-yeyunoanastomosis termino-lateral en Y de Roux con Máquina de Autosutura CEEA N° 25 ó N° 28 (U.S. Surgical Corp.).

TÉCNICA QUIRÚRGICA REALIZADA

La rutina quirúrgica seguida fue:

- 1) Laparotomía y revisión de la cavidad abdominal.
- 2) Colocación de dilatador esofágico de mercurio N° 40 HURST.
- 3) Gastrectomía total estándar con cierre de muñón duodenal, omentectomía y mantenimiento la unión esofagogastrica.
- 4) Disección y dilatación del hiato esofágico vía transhiatal (TH), transtoracica (TT).
- 5) Localización el ángulo de Treitz a 60-70 cm. del mismo realizamos una yeyunoanastomosis en Y de Roux termino-lateral en 2 planos, normalmente precólica, asegurando una excelente vascularización colateral.
- 6) Al hacer la resección esofágica de rutina el corte congelado del borde esofágico es obligatorio.
- 7) Con cuidado se coloca el Yunque de la Máquina Autosutura N° 25 y se anuda la jareta cuidadosamente.

8) La Máquina Autosuturadora CEEA N° 25 es introducida a través de la luz del yeyuno que se subió y se atraviesa con la punta giratoria. Se debe valorar la vascularización y el color del yeyuno. Se busca el yunque que está colocado en el esófago y se introduce la máquina autosuturadora, se gira cuidadosamente, hasta unir la jareta esofágica con el borde yeyunal. Se verifican los anillos de tejido cortados por la máquina se comprueba su integridad, grosor, simetría.

9) El extremo yeyunal que estaba abierto se cierra a mano en dos planos o con autosuturadora y se fija a la curva diafragmática.

RESULTADOS

Entre 1991 y 2001 se operaron 9 casos, 6 hombres y 3 mujeres, ([Gráfico 1](#)). La media de edad fue de 67,88 años, con un rango entre 55 y 84 años. 7 (77,7%) pacientes tenían ADC gástrico del 1/3 superior de la curvatura menor, una paciente tenía un linfoma gástrico (11,11%), y un paciente tenía un ADC de esófago secundario a una metaplasia de Barrett (11,11%), ([Gráfico 2](#)). En este paciente hubo necesidad de realizar toracotomía izquierda, porque la lesión estaba 6 cms. por encima de la unión cardioesofágica, al hacer la resección de los bordes del esófago, que fueron positivos para tumor en el corte congelado, la anastomosis por vía transhiatal (TH) era muy dificultosa.

Gráfico 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

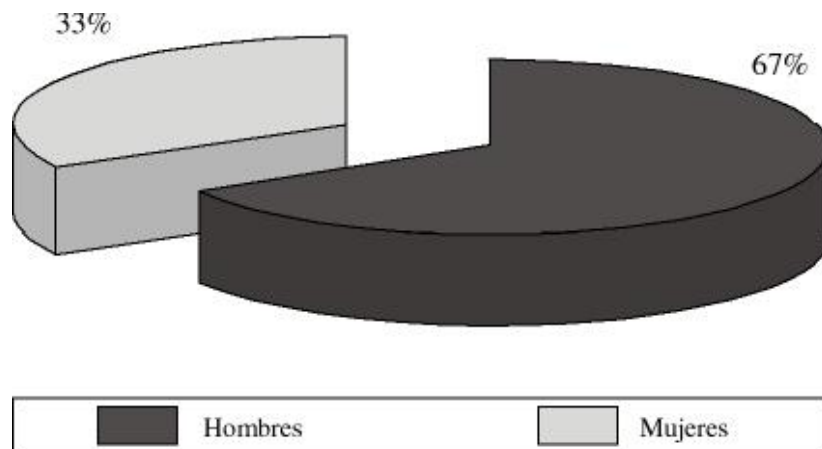
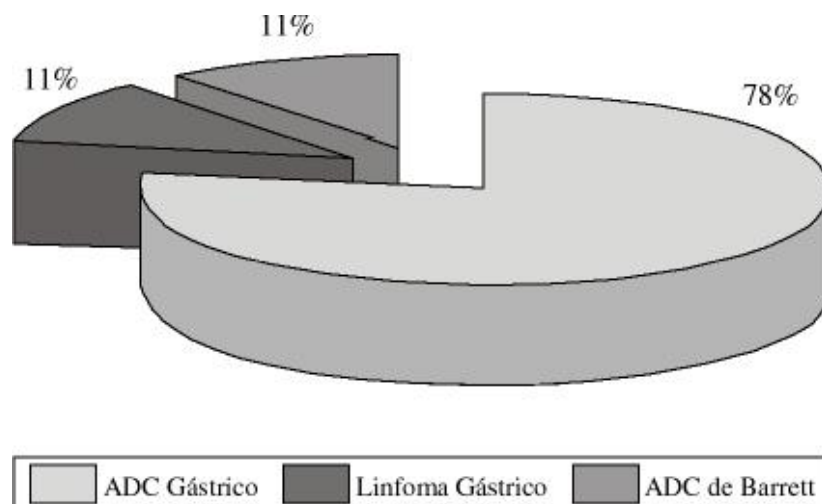


Gráfico 2

PATOLOGÍAS DE BASE



Las complicaciones inherentes a la anastomosis fueron 2 (22%), ([Gráfico 3](#)):

1) Desgarro longitudinal del esófago cuando se usó la CEEA # 28 (debido al tamaño del cabezal), que se suturó manualmente en la misma dirección del desgarro, sin complicaciones posteriores.

2) Diagnóstico radiológico de fuga de anastomosis, manifestaciones clínicas al 5° día de evolución post-operatoria.

Las complicaciones médicas post-operatorias fueron 2 (22%):

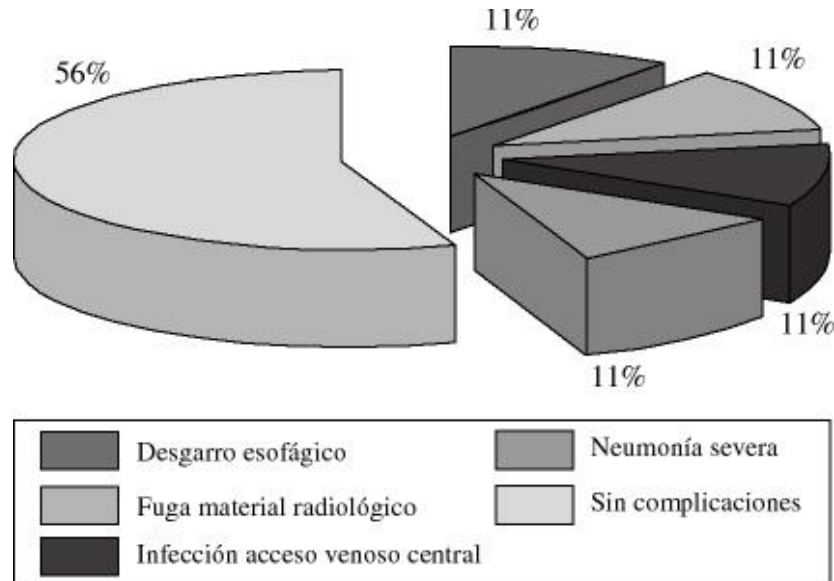
a) Infección del acceso venoso central al segundo día,

b) una neumonía severa que llevó al paciente a una unidad de Terapia Intensiva, falleciendo a los 30 días.

La mortalidad a los treinta días fue de 1 paciente (11,11%). Después de un seguimiento de 10 años, la sobrevida osciló entre 1 mes y 10 años, siendo el promedio de 24,57 meses. La sobrevida a los dos años fue de 44,44%, y a los 5 años de 11,11%. Un paciente falleció de una causa no relacionada con el cáncer a los tres años.

Gráfico 3

EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA



DISCUSIÓN

El carcinoma de esófago y estómago es una patología poco frecuente en el mundo occidental, sin embargo ha habido un incremento en la incidencia del adenocarcinoma, sobre todo de la unión esófago-gástrica, del esófago distal y del tercio superior del estómago⁽¹⁰⁾.

El cambio reciente en la patología del cáncer de esófago ha variado del carcinoma de células escamosas al adenocarcinoma asociado con la metaplasia de Barrett.

Debido al amplio y complicado sistema vascular y de drenaje linfático gastro-esofágico, existen varias opciones quirúrgicas para la resolución de tumores de la unión cardioesofágica. Existen dos abordajes fundamentales: resección transhiatal (TH) y resección transtorácica (TT)^(8,11,12), ([Figura 1](#) y [2](#)).

Figura 1

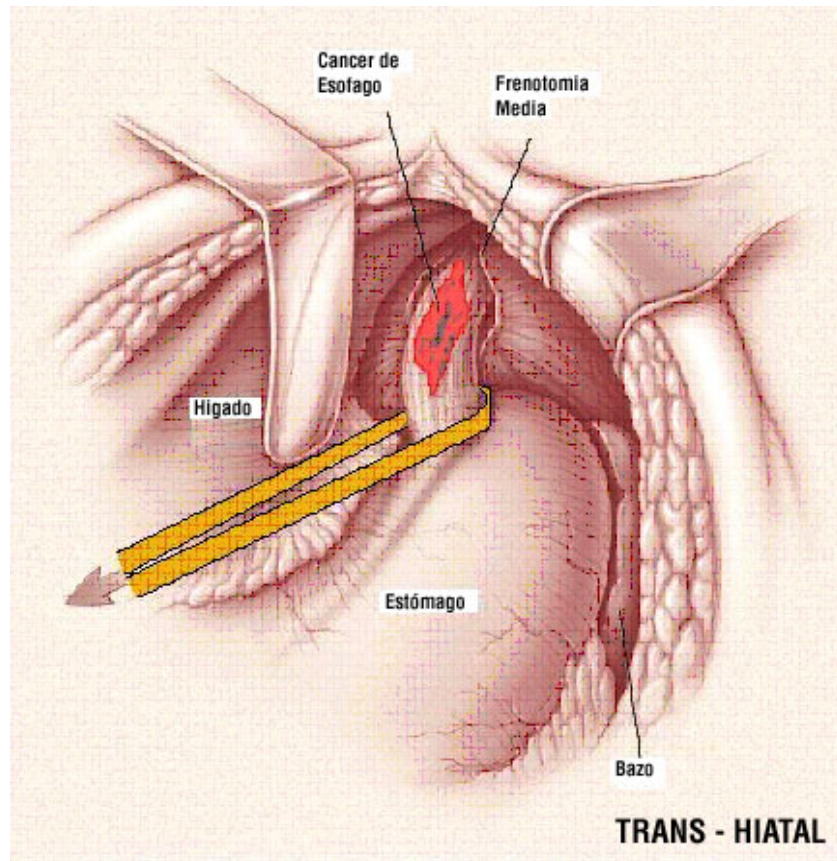
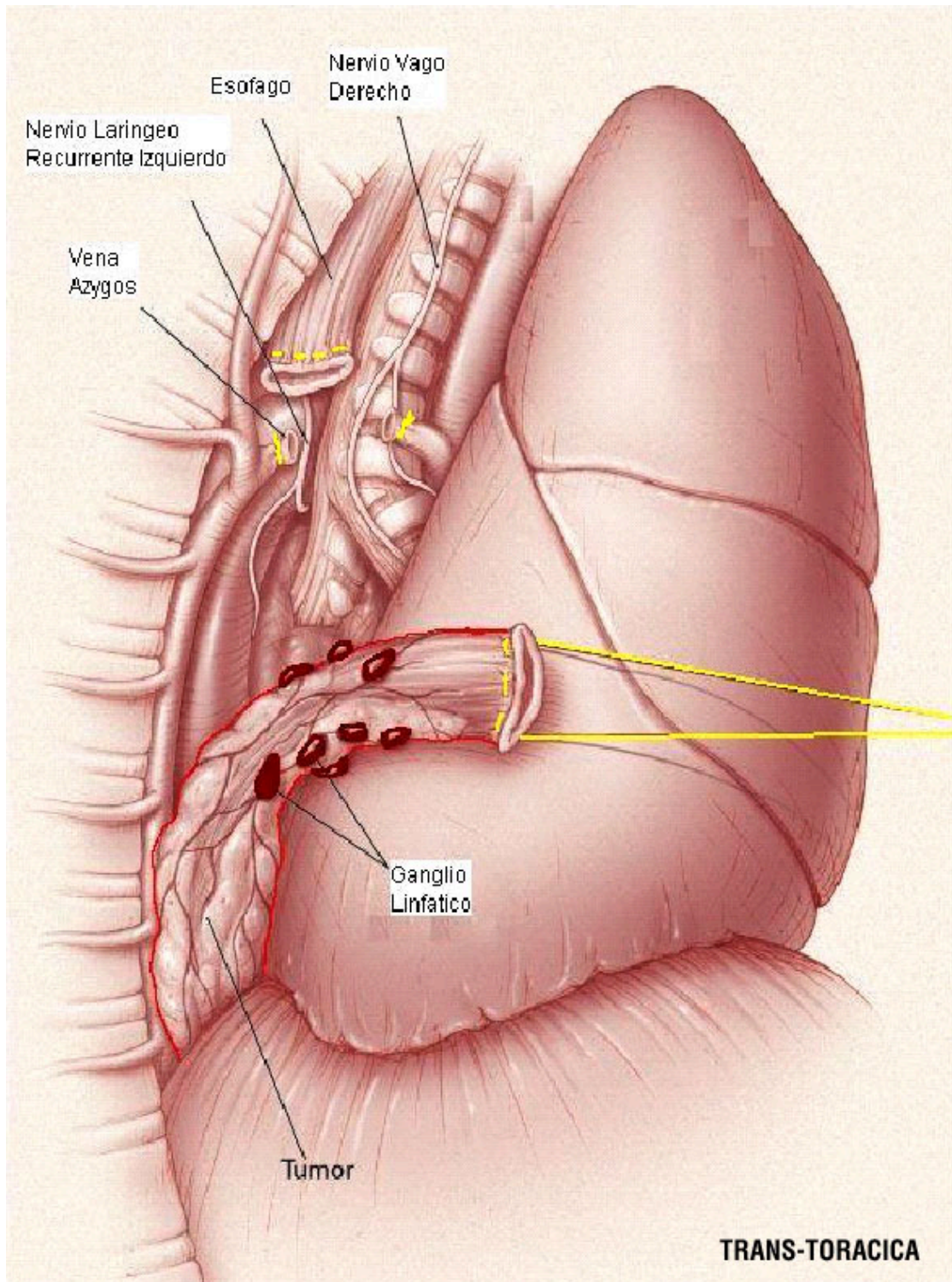


Figura 2



Esta variante consiste en una modificación sustancial de la anastomosis que evita una nueva línea de sutura en el asa yeyunal ascendida. En vez de realizarla termino-terminal se realiza termino-lateral con un bastón de yeyuno, siendo más fácil y más rápida de realizar, con lo cual se disminuyen las complicaciones quirúrgicas post-operatorias inmediatas.

Como en el mundo occidental, 7 (77,7%) de nuestros pacientes presentaron adenocarcinomas de la unión esofagogástrica⁽¹⁰⁾.

En el trabajo de Urvic^(13,14), la proporción de hombres mujeres fue mayor, (ellos 82,8% y nosotros 66,6%), la media de edad de nuestra muestra fue de 67,88 años, un poco mayor que en su serie.

En una serie venezolana⁽¹⁵⁾ utilizan la vía transhiatal (TH) en un 60% de todas las intervenciones, a diferencia de nosotros, ellos postulan que la interposición yeyunal se acompaña de una elevada mortalidad debido a que no se hace con frecuencia. Sin embargo, una serie de 183 sustituciones esofágicas considera que la interposición yeyunal es viable⁽¹⁶⁾.

Desde 1983, Takeshita utiliza instrumento de autosutura CEEA de USSC y sus últimos 95 casos no han tenido mortalidad. Siempre hay que hacer énfasis que esta cirugía se asocia con un elevada incidencia de morbilidad operatoria^(6,8).

En la última década los cirujanos han jugado un rol importante en mejorar el manejo del cáncer esofagogástrico. Hoy, se consideran los beneficios de una conducta multidisciplinaria: cirugía, quimioterapia y radioterapia, para mejorar la sobrevida y la calidad de vida de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bardini R, Asolafi M, Ruol A, Bonavina L, Basseggio S, Peracchia A. Anastomosis. World J. Surg 1994; 18: 373-378. [[Links](#)]
2. Zhang DW, Cheng GY, Huang GH, Zhang RG, Xiang YL, Mao YS, Wang YG, et al. Operable Squamous Esophageal Cancer: Current Results from the East. World J Surg 1994; 18: 347-354. [[Links](#)]
3. Law S, Fok M, Wong J. Risk Analysis in Resection of Squamous Cell Carcinoma of the esophagus. World J Surg 1994; 18: 339-346. [[Links](#)]
4. Fok M, Law S, Wong J. Operable Esophageal Carcinoma. Current Results from Hong-Kong. World J Surg 1994; 18: 355-360. [[Links](#)]
5. Takeshita K, Ashikawa T, Tani M, Saifo N, Muruyama M, Sunagawa M, Habuh Endo M. Clinic Pathologic Features of gastric cancer Infiltrating the Lower esophagus. World J Surg. 1994; 18: 428-432. [[Links](#)]
6. Watson A. Operable Esophageal Cancer. Current Results from the West. World J Surg. 1994; 18: 361. [[Links](#)]
7. Bailey SH, Bull DA, Harpole DH et al. Outcomes after esophagectomy: a ten years prospective cohort. Ann Thorac Surg 2003; 75(1): 217. [[Links](#)]
8. Benítez Pérez G, Mata Benítez A y col. Leiomioma de esófago. Presentación de un caso. Rev Fac Med 1990; 13(2): 114-117. [[Links](#)]
9. Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD. Transhiatal esophagectomy: clinical experiences and refinements. Ann Surg 1999; 230: 392. [[Links](#)]
10. Vizcaíno AP, Moreno V, Lambert R, Lambert R, Parkin DM. Time trends incidence of both major histologic types of esophageal carcinomas in selected countries. Int J Cancer 2002; 99: 860. [[Links](#)]
11. Karl R, Schreiber R, Boulware D, Baker S, Coppola D. Factors Affecting Morbidity, Mortality, and Survival in Patients undergoing Ivor Lewis Esophagogastrectomy. Ann Surg 2000; 231(5): 635-47. [[Links](#)]
12. Hulscher JB, Sandick J, De Boer A, Wijnhoven B, Tijssen J, Fockens P, Stalmeier P, et al. Extended Transthoracic Resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus. N Engl J Med 2002; 347: 1662. [[Links](#)]
13. Uravic M, Petrosic N, Depolo A, Tomse Z, Rubinic M, Dobrila-Dintinjana R, Stimac D. Transhiatal esophagectomy of the esophagus_ Our ten years of experience. Zentralbl Chir 2002; 127: 956. [[Links](#)]
14. Cariati A, Casano A, Campagna A, Cariati E, Pescio G. Prognostic factors influencing morbidity and mortality in esophageal carcinoma. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 2002; 57: 201. [[Links](#)]
15. Guzmán T F, Morales G D, Torres J, et al. Cirugía esofágica. Experiencia en el Hospital Universitario de Maracaibo. Rev Venez Cir 2002; 54(2): 91-96. [[Links](#)]

16. García Gutierrez A. Sustituciones esofágicas. Rev Venez Cir 1989; 42(2):283-298. [[Links](#)]

Edificio del Decanato, Oficina 50 P.B., Ciudad Universitaria, Caracas D.C, Venezuela. Apartado Postal 76333, El Marqués, Caracas.

Tlfs: (0212) 5619871 (0414) 2634154 Fax: (0212) 3214385

 e-Mail

velascom@cantv.net