

HOSPITALES UNIVERSITARIOS MANUEL FAJARDO, CALIXTO GARCÍA Y AGUSTINO NETO



ESOFAGECTOMIA TRANSHIATAL EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO

- . Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo
- .. Dr. Juan Carlos Barrera Ortega
- .. Dr. Félix B. Santell Odio
- .. Dr. Carlos Romero Diaz
- .. Dr. Servio T. Cintra Brooks

- . Profesor Titular. Especialista I y II Grado. Doctor en Ciencias Médicas
- .. Profesor Auxiliar. Especialista I y II Grado

LA ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL A TRAVÉS DEL TIEMPO

- Wilhem K. J. Denk (1913) describió por primera vez la técnica de la esofagectomía transhiatal en animales de experimentación y cadáveres
- A partir de 1978 Mark B. Orringer y Sloan la estandarizan como alternativa de esofagectomía
- Akiyama sistematiza el afinamiento gástrico resecano la curvatura menor con la cadena ganglionar a ese nivel

Debido a las frecuentes complicaciones, alta mortalidad y la casi nula supervivencia la cirugía fue desplazada durante años como posible tratamiento de las afecciones del esófago conducta similar a la que se asumía con los pacientes con cáncer.

En 1871, Billroth planteó la posibilidad de resección tumoral y en 1877 efectuó la primera refección en un paciente con cáncer del esófago cervical.

El inicio de la cirugía resectiva en el cáncer de esófago fue en 1913, cuando Torek extirpó exitosamente el esófago torácico. Lilienthal utilizó la vía extrapleurá y Grey Turner, en 1933, realizó el pullthrough.

Wilhem K. J. Denk (1913) describió por primera vez la técnica de la esofagectomía transhiatal en animales de experimentación y cadáveres.

En 1946 Lewis y un año después Tanner, difundieron el uso de la laparotomía previa y la toracotomía derecha, complementada en 1962 con cervicotomía y anastomosis por Mc Keown.

En 1974 Kirk y en 1978 Orringer, introdujeron la esofagectomía sin toracotomía siendo estandarizado a partir de esa fecha por Mark B. Orringer y Sloan como alternativa de esofagectomía.

Akiyama sistematiza el afinamiento gástrico resecano la curvatura menor con la cadena ganglionar a ese nivel.

EL PROBLEMA DE LA ESOFAGECTOMÍA

- Situación anatómica del esófago en mediastino posterior
- Características histológicas de las paredes del esófago sin serosa
- Frecuencia de la enfermedad maligna comienza en la quinta década de la vida siendo mayor en la séptima
- Diagnostico es tardío frecuentemente en etapas avanzadas de la enfermedad.
- Estado nutricional precario.

La cirugía excecérica y la plastia del esófago es un problema complejo para el cirujano por la ubicación del mismo en la profundidad del mediastino posterior rodeado de estructuras vitales para la vida, sus características de vascularización segmentaría que al resear más de 4 cm de su longitud impiden realizar una eficaz anastomosis término-terminal, la carencia de una membrana serosa que ayude a sellar las anastomosis y la debilidad de la capa muscular circular lo que dificultad las anastomosis

Como consecuencia, la mortalidad y morbilidad después de la resección esofágica son elevadas a pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y al desarrollo de los cuidados el postoperatorio en las Unidades de Cuidados Intensivos.

La resección y reconstitución del tránsito digestivo está asociado a complicaciones que en la década de los 80-90, la Organización Europea de Estudios Estadísticos de las Enfermedades del Esófago (OESO), en un estudio que incluyó 85.000 pacientes informo una mortalidad del 30%, cifra ha disminuido hasta un promedio de un 15%.

En estudios multicéntricos recientes la morbilidad promedio fue del 30-40% y la mortalidad postoperatoria promedio de un 5%. Se señala que el 40% desarrollan durante el postoperatorio algún tipo de complicación, siendo las mas frecuentes las respiratorias y las fístula anastomótica con el 47 % y 13% y el 64 % de las muertes se deben a una u otra de estas.

DEFINICIÓN

Operación de Denk-Sloan-Orringer:
esofagectomía subtotal ampliada, con anastomosis
cervical, llevada a cabo por laparotomía y
cervicomediatonotomía.

Sinónimo: esofagectomía sin toracotomía.

Esta técnica aunque puede ser realizada por un solo equipo quirúrgico es preferible realizarla con dos equipos de cirujanos adiestrados para de forma combinada realizar la esofagectomía, uno para el tiempo abdominal y posterior a definir la resecabilidad y factibilidad de la intervención comienza el tiempo cervical culminando la misma de forma simultánea.

Otras técnicas usadas:

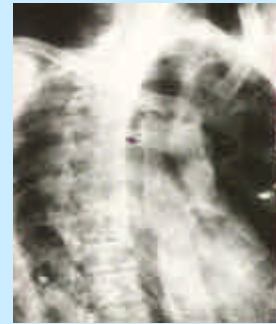
Dos vías: Técnica de Ivor Lewis modificada. Consiste en realizar una toracotomía derecha y laparotomía. Anastomosis intratorácica. Resección y sustitución en un solo tiempo quirúrgico.

Tres vías: Técnica de Mc Keown o de tres incisiones: Consiste en realizar una toracotomía derecha, abdominal u cervical izquierda. La anastomosis se realiza en región cervical. Esta técnica permite disección ganglionar torácica y cervical.

Técnica de Skinner o resección en bloque: Es una técnica compleja que necesita de grandes cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

PROBLEMA EPIDEMIOLÓGICO

- Representa el 3,2% de todas las muertes por cáncer. En el 2004 fallecieron 484
- En Cuba se diagnostican 400 casos nuevos por año. 4,3 por cada 100 000 habitantes
- Supervivencia global a los 5 años menor del 5% .



En áreas geográficas de alta incidencia de cánceres humanos, ocupa el séptimo lugar precedido por el cáncer de estómago, pulmón, mama, colon, cervix uterino y orofaringe.

La epidemiología de esta enfermedad, se ha caracterizado por una fuerte variación geográfica en su incidencia, no sólo entre países sino también entre regiones geográficas y entre grupos étnicos.

Factores de riesgo.

- Alcohol y tabaco. Han sido invocados como factores de gran importancia sobre todo cuando estos dos factores coinciden.
- Dieta y nutrición. Encuestas nutricionales realizadas en regiones de alta incidencia sugieren que dietas ricas en carbohidratos y bajas en proteínas animales, vegetales verdes y frutas fueron asociadas con el desarrollo del cáncer. La ingestión directa en la dieta de sustancias cancerígenas como la nitrosamina y sus precursores (nitritos y nitratos)
- Enfermedades intrínsecas del esófago.
Síndrome de Plummer-Vinson Patterson-Kelly), Esófago de Barrets, Estrecheces, Acalasia, Diverticulitis.
- Ingestión de líquidos o alimentos muy calientes.
- Factores genéticos y familiares.

OPERABLES Y RESECABLES EN CÁNCER DE ESÓFAGO

- **OPERABLES:** Lesiones en estadios 0, I y II (A y B) (Clasificación de la Unión Internacional contra el Cáncer y el *American Joint Committee for Cancer Staging*)
- **RESECABLES:** Lesiones que no infiltran estructuras vasculares vitales como tronco celiaco, aorta y cava. Tampoco las lesiones en proximidad a traquea y bronquio

Los objetivos son extirpar el tumor, con bordes de sección proximal y distal sin presencia de éste, extirpar los ganglios linfáticos regionales, restaurar la continuidad del tubo digestivo y ofrecer mejor calidad de vida con eliminación de la disfagia.

Si en el estudio histológico postoperatorio se confirman estos resultados es una resección R0 (esofagectomía con intención curativa).

Si existen evidencias microscópicas de células malignas es R1 y si se dejó tejido residual macroscópico evidente es R2 son esofagectomías paliativas.

La cirugía no debe efectuarse si es N2 irresecable. Las cadenas ganglionares N2 son consideradas como metástasis alejadas, en el campo abdominal, el tronco celíaco, pero si es posible resecarlas porque no hay una masa ganglionar adherida a la aorta o a los pilares y porque el plano de clivaje lo permite, debe hacerse. Si no es así, deben respetarse, porque de lo contrario la complicación postoperatoria será mayor, sin mejorar la sobrevida.

La linfadenectomía de tres campos es controvertida. Algunos estudios demuestran mejor sobrevida, pero con una morbilidad, superior al 20%.

Esto se describe en un grupo limitado de pacientes con una relación ganglios positivos/ganglios resecados menor de 20; en estos pacientes, la linfadenectomía extendida de tres campos ha mostrado algún aumento de la sobrevida. Por lo tanto, no se debe hacer resección esofágica, desde el punto de vista de los ganglios, si los N2 son técnicamente irresecables, o si se demuestra metástasis. Si el paciente no es operable, debe intentarse una modalidad paliativa.

CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA

La American Joint Committes for Cancer Staging and End Result Reporting divide el esófago en tres zonas principales:

- Esófago cervical. Desde la unión faringoesofágica hasta la entrada torácica, la que se encuentra a 18 cm de los incisivos superiores.
- Esófago superior y medio torácico. Desde la entrada torácica a un punto a 10 cm de la unión esofagogastrica.
- Esófago torácico inferior. A los 10 últimos cm del esófago

En la clasificación de la ISDE los tumores del esófago torácico, que clásicamente se dividía en tres tercios, se clasifican en dos grupos: supracarinales e infracarinales, fundamentalmente para determinar el tipo de cirugía que se va a ofrecer.

Antes, estos enfermos se operaban, en su mayoría, por vía transtorácica, pero posteriormente fue aceptada la vía transhiatal en su forma clásica o con las nuevas modalidades video asistidas, ya sea de forma parcial o con modalidades toracoscópicas, endoscópicas o laparoscópicas, para los tumores infrahiatales

TNM

Agrupación por Etapas.

- 0 T0N0M0
- I T1N0M0
- IIA T2-T3N0M0
- IIB T1-T2N1M0
- III T3N1M0-T4 Cualquier N-M0
- IV Cualquier T Cualquier N-M1

Clasificación TNM para tumores del esófago de la INTERNATIONALS UNION AGAINST CANCER (UJCC):

T = Tumor primario.

T0 = Carcinoma in situ.

T1 = Tumor que invade lámina propia o submucosa.

T2 = Tumor que invade la muscularis.

T3 = Tumor que invade la adventicia.

T4 = Tumor que invade estructuras adyacentes.

N = Nódulos linfáticos regionales.

N0 = No metástasis en ganglios regionales.

N1 = Metástasis en ganglios linfáticos regionales.

M = Metástasis a distancia.

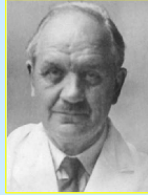
M0 = No metástasis a distancia.

M1 = Metástasis a distancia (incluyen nódulos cervicales y celíacos).

TÉCNICAS DE ESOFAGECTOMIA MÁS USADAS POR CÁNCER DE ESÓFAGO

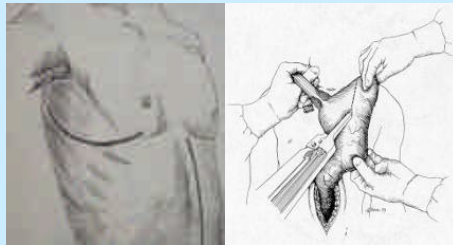
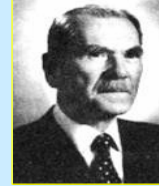
TRANSTORÁCICA DERECHA

- IVOR LEWIS 1946



ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL

- WILHEM DENK 1913
- ORRINGER 1978



En la actualidad existe la controversia entre la técnica transhiatal y la descrita por Ivor Lewis (toracotomía y anastomosis intratorácica), teniendo la variante de Mc Keown, cuya característica fundamental es la de defender la anastomosis al nivel cervical

Existe la tendencia de seleccionar la *transhiatal* para pacientes con mayor riesgo quirúrgico con tumor al nivel esofágico bajo (distancia promedio 36 cm) y las de Lewis y Mc Keown en pacientes con tumores grandes o fijos, o tumores en fases iniciales en enfermos más jóvenes a la media en busca de una mayor radicalidad.

Akiyama emplea la técnica transhiatal de forma sistemática en el cáncer de esófago y Orringer incluso en las afecciones incluso en afecciones benignas independiente de sus características.

Independiente de la enorme ventaja de la supresión de la toracotomía, con una fuerte acción traumática es importante considerar que la esofagectomía transhiatal no debe considerarse como la única y absoluta vía o procedimiento general de utilidad para las esofagoplastias

INDICACIONES DE LA ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL

- Tumores del tercio inferior y cardias por encima de la línea Z, resecando los ganglios intratorácicos accesibles y la cadena ganglionar coronaria.
- Tercio superior en tumores pequeños al alcance del dedo (*Orringer, Pinotti, Akiyama*)



Para la realización de la esofagectomía transhiatal hay un principio esencial similar para la evaluación de todos los enfermos con cáncer de esófago como es la evaluación cuidadosa de los factores de riesgo quirúrgico en equipos multidisciplinarios coordinados por los grupos que se dedican a esta cirugía o la vinculación a las consultas preoperatorias de pacientes de riesgo en los centros hospitalarios donde estas existan. Es importante emplear el examen clínico, la radiología y la endoscopia con histología, y no solamente la del tubo digestivo, sino que en el caso de lesiones altas la broncoscopia, para determinar la invasión de la vía aérea., evaluar el estado nutricional y la lesión esofágica propiamente que debe ser evaluada mediante TAC, ultrasonografía o TEP

En la evaluación preoperatoria además de analizar el riesgo y decidir el tratamiento más adecuado y la interrelación de sus tres pilares fundamentales: la cirugía, la radioterapia (RT) y la quimioterapia (QT), estas dos últimas pueden aplicarse en la modalidad neoadyuvante o adyuvante postoperatoria, pero siempre tendrán como finalidad el lograr la mejor sobrevida. Se sabe que ésta se relaciona con los estadios evolutivos, pero en general es muy mala a 5 años y es de 0% si no se trata.

La cirugía tiene un papel primordial en el tratamiento debiéndose tratar de reseca la lesión siempre que sea posible.

Se pueden obtener buenos resultados con la cirugía, de acuerdo a la estadificación preoperatoria según la clasificación internacional TNM.

Para la clasificación topográfica se hace según la clasificación sugerida por la *International Society for Diseases of the Esophagus* (ISDE)

En la evaluación del riesgo operatorio es importante relacionar la estadificación TNM con la clasificación topográfica que condiciona la selección de la terapéutica a utilizar multimodal o solo con cirugía.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

VENTAJAS

- Permite eludir la toracotomía y aminorar el fallo respiratorio
- Menor mortalidad por mediastinitis
- Menor riesgo de muerte si ocurre la dehiscencia.

DESVENTAJAS

- Posible peligro de hemorragia o lesión de las vías respiratorias
- La exéresis de los ganglios se limita al abdomen y es parcialmente intratorácica. (Controversial)

•El 80% de los enfermos con esofagectomía no necesitan transfusión.

En el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago torácico y abdominal, los especialistas debaten tres alternativas: a) esofagectomía con doble abordaje abdominal y torácico, b) esofagectomía con triple abordaje abdominal, cervical y torácico y, c) resección transhiatal. El debate se puede reducir a una sola interrogante: ¿esofagectomía con toracotomía o sin ella?

La controversia se expresa entre la llamada «mayor radicalidad» del abordaje torácico contra la ventaja de la transhiatal de sacar las anastomosis del tórax y llevarlas al cuello, donde es menor el riesgo de muerte si ocurre la dehiscencia. Además ésta permite eludir la toracotomía y aminorar el fallo respiratorio, pero con la desventaja de que la exéresis de los ganglios se limita al abdomen y es parcialmente intratorácica.

PASO I

- Inspección del abdomen
- Maniobra de Kocher amplia



Incisión media supraumbilical. Puede extenderse hasta el xifoides e incluso resecarlo de ser necesario

Realizar una inspección minuciosa del abdomen en búsqueda de metástasis y las características del tumor para reevaluar la posible de resecabilidad en particular la extensión del tumor hacia la cavidad gástrica, hacia la cadena ganglionar de la curvatura menor, la infiltración de la gástrica izquierda y la fijación a la aorta abdominal

Es esencial la inspección del estómago. Si ha habido intervenciones quirúrgicas anteriores u otras afecciones asociadas como el resultado de las lesiones por ingestión de cáusticos (debemos desechar el órgano como sustituto del esófago)

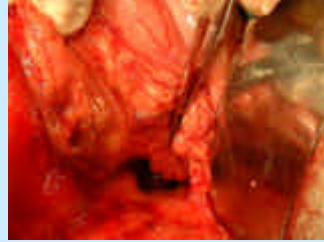
Debe disecarse el esófago abdominal cargándose con una sonda fina o drenaje de goma. Luego se comienza a introducir el dedo dentro del mediastino liberando el esófago y reconociendo las características del tumor y su resecabilidad. Si hay toma de la aorta y fascia prevertebral, debe desecharse esta vía.

En caso contrario, al mantenerse la disección, ésta debe ser muy pegada al esófago; bordeándolo primero con un dedo y luego con otro, hasta introducir la mano al mediastino. Si se ha tomado el criterio de que el tumor es resecable se realiza la vagotomía lo que facilita el manejo esofágico al descender éste órgano unos centímetros.

Después de decidir la resecabilidad del tumor debemos realizar una maniobra de Kocher amplia liberando el peritoneo que fija al duodeno hasta visualizar la vena cava, con el objetivos de ampliar y facilitar el la movilización del estomago hacia el cuello

PASO II

- Liberación de la curvatura menor y Ligadura de los vasos coronarios.
- De esta manera se conserva para la sustitución el sector gástrico con mejor vascularización, permitiendo además incluir en la resección los territorios ganglionares abdominales comprometidos (Akiyama)

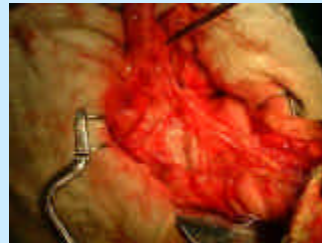


Al disecar la curvatura menor para identificar y ligar la coronaria estomáquica debe evitar una posible lesión de la arteria pilórica.

El abordaje de la arteria coronaria estomáquica debe ser en su nacimiento del tronco celíaco. Esto permite, a la vez, la movilización del estómago y de existir ganglios infartados, la exéresis de éstos. Debe asegurarse doble ligadura para evitar deslizamientos, en particular debe tenerse mucho cuidado de no realizar ligaduras en masa debiéndose identificar la estructura vascular

PASO III

- Liberación de la curvatura mayor cuidando la irrigación de los vasos gastroepiploicos
- Comprobación de la irrigación del tubo gástrico



Al realizar la apertura de la trascavidad para liberar el estomago en su curvatura mayor con preservación del arco de la gastroepiploica debe identificarse la cólica media siendo separada cuidadosamente

Es imprescindible la preservación de la gastroepiploica derecha, futura irrigación junto a la arteria pilórica del estómago trasplantado al cuello. Debe separarse el epiplón gastrocólico mayor y dejar 2 cm por debajo de la arteria para evitar dañarla.

PASO IV

- Identificación de los pilares liberando el esófago del hiato esofágico
- Seccionar el hiato de ser necesario (Pinotti)



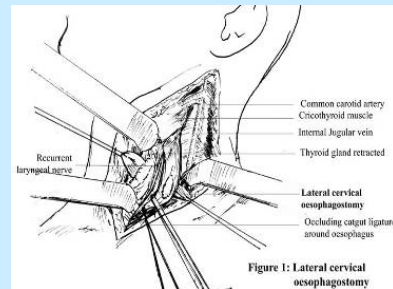
Se culmina la liberación de la curvatura mayor con la ligadura y sección de los vasos cortos esplénicos debiéndose abordar los mismos en dos direcciones desde el esófago hacia abajo y desde la curvatura mayor gástrica hacia los mismo para evitar una lesión esplénica, generalmente deben ser ligados tres o cuatro vasos como máximo. Debe valorarse la esplenectomía de ser necesaria.

En el hiatus esofágico es importante identificar los pilares para culminar la liberación del esófago, de estar fijo el tumor a las estructuras anteriores del hiatus se puede reseca en bloque el mismo auxiliándose del electrofulgurador. En este paso Walter Pinotti a incluido la dilatación digital del hiatus.

PASO V

COMIENZO SIMULTÁNEO DEL TIEMPO CERVICAL

- En todos los pacientes, se realiza el abordaje cervical por cervicotomía izquierda esternocleidomastoideo
- Separación del esófago cervical



Tiempo cervical

Este tiempo se inicia cuando queda asegurado como factible el abordaje mediastinal por vía abdominal y la vía transhiatal para reseccionar el tumor esofágico.

Debe realizarse con otro equipo quirúrgico para disminuir el tiempo perioperatorio

El abordaje cervical debe ser por una cervicotomía izquierda con una incisión de 10 cm pre-esternocleidomastoideo, por las características anatómicas del esófago que en su porción cervical se encuentra hacia la región lateral izquierda

Se secciona el músculo cutáneo del cuello (platisma). Puede o no seccionarse igualmente el músculo omohiideo o desplazarlo con un separador.

PASO VI

- Realización de la disección digital combinada abdominal y cervical con dos equipos quirúrgicos simultáneos
- El sangramiento se minimiza manteniendo un plano de disección adecuado
- La laceración de la tráquea membranosa ocurre en el 1% al movilizar el esófago en contacto con la zona de la porción membranosa.



Simultáneamente se comienza la disección digital del mediastino, etapa compleja ya que su objetivo es lograr la liberación total del esófago con movimientos libres sin fijación mediastinal alguna

Se disecciona el estrecho superior del mediastino posterior, asegurando un diámetro de 5 cm (tres dedos). En esta etapa de la intervención es importante considerar los siguientes aspectos:

- Vigilar los cambios de las presiones del equipo de ventilación que podría alertar la aparición acerca de un neumotórax
- Alentar al anestesiista sobre el paso en que nos encontramos por los inevitables trastornos del ritmo que acompañan esta maniobra, debiéndose establecer una acción combinada entre cirujanos y anestesiista en cuanto a las decisiones a adoptar que pueden incluso determinar la interrupción temporal de este paso hasta la estabilización del enfermo
- Un sangramiento mediastinal importante que obligaría a la toracotomía
- Realizar maniobras cuidadosas y siempre pegadas al esófago para evitar dañar las pleuras, los grandes vasos y otras estructuras vitales.

PASO VII

Se secciona la aponeurosis cervical media y rechaza el músculo ECM y el paquete vascular y nervioso, la vena tiroidea inferior y el músculo digástrico que se secciona.
Se carga el esófago cervical



Mientras en el tiempo cervical después de identificar las diferentes estructuras (importante no olvidar el nervio recurrente el cual frecuentemente es lesionado), procedemos a cargar el esófago con una sonda y se comienza digitalmente a separar el esófago de las estructuras del mediastino hasta lograr tocar con la punta de los dedos al colega que esta realizando similar trabajo pero desde el abdomen

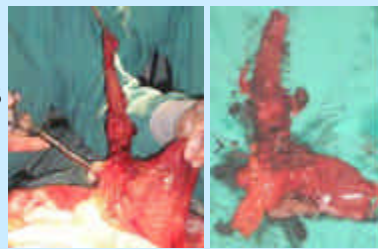
Si el estrecho superior no fuera amplio y podría dificultar el ascenso gástrico con problemas en la irrigación será necesario reseca una porción del manubrio esternal o la sección de la articulación externo-clavicular

PASO VIII

- Confección del tubo gástrico se realiza de forma manual o con engrapadora mecánica



- En la pieza se incluye la cadena ganglionar de la curvatura menor y los ganglios mediastinal al alcance de la disección manual



Después de seccionado el esófago cervical y realizada la remoción del esófago hacia el abdomen se realiza la transección del mismo que debe incluir la cadena ganglionar de la coronaria estomáquica.

Este tubo gástrico puede realizarse de forma manual o mecánica

PASO IX

- Preparación del tubo gástrico para su ascenso trasmediastinal

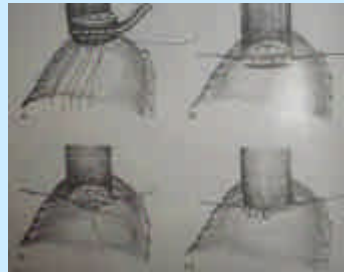
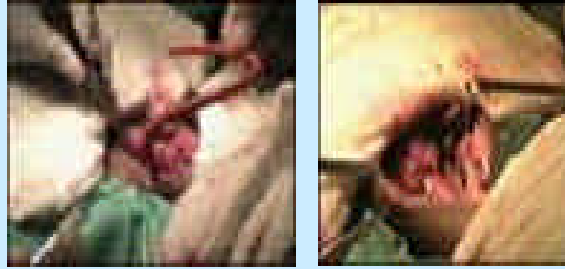


Antes de ascender el estomago debemos medirlo por fuera del torax, con la certeza que a través del mediastino ganaremos unos centímetros

Para el ascenso debemos fijarlo a dos sondas de aspiración al extremo del tubo gástrico para identificar el lado derecho del izquierdo y evitar la torsión del órgano en su ascenso

PASO X

Anastomosis
Esofagogastrica
Las técnicas
varían de una
sutura manual
a una con
máquina



Una vez finalizado el traslado del estómago al cuello, se realiza la anastomosis esófago-gástrica.

Esta se puede realizar en pared anterior o posterior gástrica aunque en nuestra experiencia preferimos en pared gástrica anterior

Es preciso evaluar la adecuada irrigación sanguínea en particular la coloración del estómago.

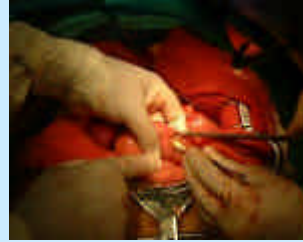
La anastomosis puede ser manual o con máquina

Mathisen y Akiyama recomiendan realizar dos planos con suturas 2-0 ó 3-0 , el plano interno con material reabsorbible y el externo no absorbibles

Antes de culminar debemos asegurar la presencia de la sonda de Levine pasando por el esófago cervical hasta el estómago.

PASO XI

- Piroloplastia, piloromiotomía o no?
2. La yeyunostomía



Mientras se realiza la anastomosis en el cuello en el abdomen se procede a a realizar la piroplastia, lo que ha sido controversial Existen dos grandes grupos de discusión en este tema los que la realizan o los que no la hacen planteando lo innecesario de la misma por la disposición vertical que adopta el tubo gástrico, incluso se han realizado técnicas para la preservación de los nervios vagos para evitar realizar la piroloplastia.

Los defensores de la piloroplastia o la piloromiotomía extramucosa dentro de la intervención quirúrgica refieren que estos procedimientos solo la prolongan algunos minutos y permiten eliminar complicaciones por la persistencia del píloro. A este grupo se unen los defensores de otra alternativa, que consiste en la dilatación del píloro en el postoperatorio.

Otro elemento importante es la yeyunostomia de no tenerla que permite:

- a) Rápida instauración del soporte nutricional enteral en el posoperatorio
- b) Rápido retiro de la sonda nasogástrica
- c) Facilita el mantenimiento de la nutrición enteral en caso de producirse fístulas

PASO XII

- Cierre de la herida cervical y abdominal



La herida cervical no puede cerrarse hermética, un método sería no anudar los puntos del tercio inferior de la herida para evaluar la vascularización del estómago a las 48 horas de postoperatorio y el diagnóstico precoz de una de las complicaciones más temidas: la necrosis del órgano transplantado.

De cerrarse la herida debe dejarse siempre un drenaje en la misma.

PASO XIII

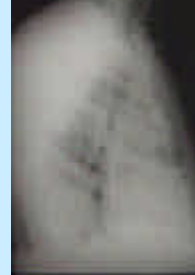
Radiografía de tórax
en postoperatorio
inmediato



Por la frecuencia de los neumotórax en la esofagectomía transhiatal es indispensable realizar una radiografía de tórax de control en el postoperatorio inmediato.

PASO XIV

- Esofagograma de control con sustancia hidrosoluble
- Retirar yeyunostomía después de los 14 días



No se debe restablecer la vía oral hasta realizar un estudio contrastado con material hidrosoluble, manteniendo la alimentación enteral con la yeyunostomía combinada con la vía parenteral

CONCLUSIONES



- La controversia de la transhiatal se expresa entre la llamada «mayor radicalidad» del abordaje torácico contra la ventaja de sacar las anastomosis del tórax con menor posibilidad de mediastinitis y riesgo de muerte
- La desventaja que la exéresis de los ganglios se limita al abdomen y parcialmente intratorácica es controversial.
- El posible peligro de hemorragia o lesión de las vías respiratorias es bajo de no realizarse en los T3-T4 y realizar una disección cuidadosa.