

Breves Anotaciones en la Cirugía del Esófago

Por el Prof. MANUEL JOSE LUQUE

Demasiado larga a una nota informativa narrar detalladamente la historia de la cirugía esofagiana. La sola enumeración de los hechos conocidos ya sería dispendiosa. Con todo, no creemos pecar de excesivos recordando algunos datos que ilustran, sin duda, el punto que queremos esbozar.

Los doctores Gunther W. Nagel M. D. F. A. C. S. y John F. Menke M. D. San Francisco, California. (Surgery Gynecology and Obstetrics, Noviembre 1946) traen estas palabras: "En 1871 Billroth fue el primero en demostrar la resección del esófago en los animales de experimentación".

Los mismos autores hablan luego de Sauerbruch y sus experimentos sobre cadáveres el año de 1905. Sin recordar que este cirujano había ideado la cámara de hiperpresión en el año de 1904 la cual, con variados dispositivos, fue perfeccionada por Bauer para la hipopresión, algún tiempo después.

Había que resolver las dificultades consiguientes a la presión diferente intra y extratorácica y, por otra parte, solucionar el problema de la anestesia pertinente a ese caso particular.

Y queremos partir del principio de que esta constituye la esencia del éxito. De que en la cirugía esofagiana, los resultados brillantes alcanzados en nuestros días, hubieran sido imposibles sin la intubación intratraqueal.

La estreptomomicina, la penicilina, las sulfonamidas; todo aquello que disminuye o suprime el shock operatorio, la transfusión sanguínea, la economía de tiempo y la facilidad quirúrgica con un "team operatorio" organizado, la técnica reglada y suave, todo ello en conjunto, con la anestesia debida, transformaron en realidad lo que hace algunos años se miraba como una quimera.

El famosísimo Prof. Ferrari publica, en el "Día Médico" de Buenos Aires, estas palabras, que en nuestro parecer resumen el estado actual de la cirugía del esófago: "Puede decirse que hoy los éxitos del tratamiento quirúrgico en el cáncer del esófago *no dependen de factores técnicos ya resueltos en líneas generales, sino de la precocidad del diagnóstico y de la operación y de la minuciosidad operatoria*". Concepto al cual nos permitiríamos agregar: bajo la base de la insuflación traqueal de Auer y Meltzer.

Algo más de 50 años han pasado durante los cuales los cirujanos, en numerosas ocasiones, han intentado crear no solamente una vía de acceso segura y amplia para extirpar el cáncer del cardias, sino que han ideado diversos procedimientos, unos que modifican, otros que complementan, los más que corrigen, todo ello basado no tanto en los éxitos como en los fracasos.

"La historia de la evolución de la cirugía del esófago y del cardias, desde entonces, está repleta de ejemplos de visión, originalidad, destreza de los cirujanos americanos" (John H. Garlock).

Ordinariamente se parte del 2 de septiembre de 1913, fecha en la cual Zaaier logró la primera curación de un cáncer del cardias. Éxito que fue seguido en el mismo año, de la extirpación del esófago torácico por Franz Torek, también de brillantes consecuencias.

Si se demostró entonces la posibilidad de tratar el cáncer esofágico, antes de alcanzar esos resultados, infinidad de investigadores con técnicas y procedimientos diversos, ya en el perro, ya en la especie humana, contribuyeron poderosamente a la busca de la cirugía del esófago. No podríamos sustraernos a citar siquiera algunos nombres.

Nasiloff en 1888, así en el perro como en el cadáver, realizó trabajos de verdadera significación para el conocimiento de la vía extrapleural, que defendieron algún tiempo después los franceses Hartmann y Quenú.

Tuffier y Gosset años más tarde, adoptaron la vía transpleural, propuesta por Biondi, en 1895, para alcanzar el esófago del tórax.

Forgue en 1897 y un año después Rhen, abordaron por vía mediastinal el esófago en el vivo, desgraciadamente sin éxito.

"En 1898 —dice el Prof. Ferrari— W. Levy estableció por la experimentación las bases fisiológicas de la extirpación total o subtotal del esófago y del cardias. Sus afirmaciones, aunque parecieron desprovistas de interés práctico en esa época, han sido aceptadas y puede decirse que muchos de los resultados positivos obtenidos en estos últi-

mos tiempos lo han sido siguiendo las normas trazadas en aquella época por Levy”.

El mismo Ferrari recuerda la extirpación de un segmento del esófago, realizada por Llobet de Buenos Aires; recuerda igualmente los trabajos experimentales Dobromysslow, con la anestesia endotraqueal y la aspiración del aire de la cavidad pleural una vez cerrado el tórax; cita la observación de Enderlen que extrajo, con éxito, un cuerpo extraño del esófago, por vía mediastinal. Habla de Faure, de Tuffier, de Gosset, el último de los cuales ensayó en el cadáver la anastomosis del esófago con el estómago; se refiere también a los alemanes Kummell, Voelkler, Bircher, Kuttner y a otros operadores que suturaron el esófago con el estómago, por vía abdominal, para la extirpación del cáncer del cardias, seguido de buenos resultados.

Hemos dicho que, desde el año de 1913, con las operaciones de Franz Torek y de Zaaier, se inició lo que se podría denominar la era moderna de la cirugía del esófago. Posteriormente Denk, (1913) Ach, (1913), Lilienthal, (1920), Hedblom, (1922) Hermann Fischer, (1926) Grey Turner, (1931) Oshawa, (1933) Rutherford, (1934) Muir, (1936) A. W. Fisher, (1937) Bernard, (1939) Munich de Valparaíso (1940) y otros muchos, ya en el animal, ya en el hombre, con el fracaso o con el éxito, han aportado el contingente de su observación y su experiencia, hasta llegar a la bella realidad actual, del tratamiento quirúrgico en el cáncer esofágico.

En los países suramericanos ya hemos citado los casos de Llobet en la República Argentina y de Munich en Valparaíso. No podríamos sustraernos a mencionar, de la misma República Argentina, los nombres de Ferrari, Ivanissevich, Lentino, Bengolea, Rodríguez Villegas, Piñero, Taiana, Martiarena.

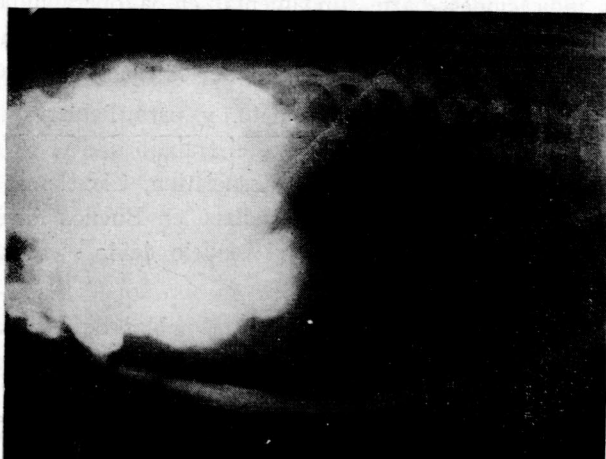
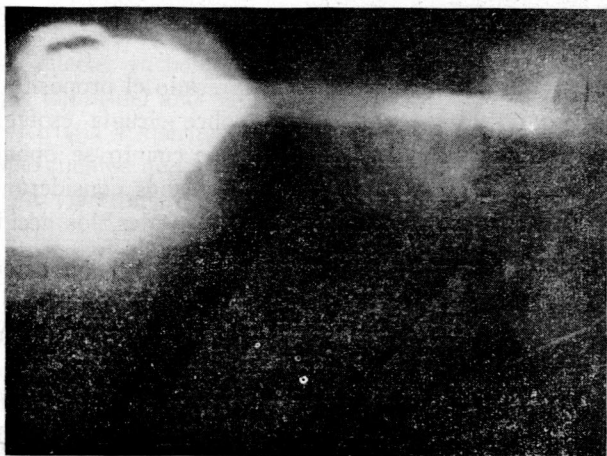
Uno de los temas-ponencias en el Congreso de Cirugía reunido en Montevideo el año de 1946, fue justamente el de la cirugía esofágica. Allí brillaron por su experiencia los profesionales uruguayos, así como los argentinos, los brasileños, etc.

A propósito del Brasil, en el servicio del Prof. Edmundo Vasconcelos, el año de 1946, en la ciudad de San Pablo, vimos un enfermo operado por este cirujano, con el más perfecto de los éxitos.

Las investigaciones en la cirugía del esófago se iniciaron en Colombia el año de 1936. En el laboratorio de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina, con el Prof. Santiago Triana Cortés a quien debemos no poca parte de los resultados alcanzados, trabajamos duran-

te el año citado y el siguiente, hasta obtener en el perro, resultados al parecer satisfactorios.

Tal fue el tema elegido por quien escribe estas líneas como ponencia en la Semana Médica de Medellín. En la ilustre corporación reunida por aquella época, consciente y detalladamente, se tomaron en consideración las técnicas empleadas, los muchos métodos seguidos, las modificaciones a que sometimos los variados procedimientos, los estudios radiológicos obra del Dr. Carlos Trujillo Venegas a cuya gentileza debemos las radiografías que hoy publicamos:



Estudio radiográfico de los perros operados por el Prof. Manuel José Luque para la creación de un esófago artificial. Llevado a cabo por el doctor Carlos Trujillo Venegas

Uno de los perros tuvo una larga sobrevivencia y acaso hubiera sido mayor si no hubiera fallecido accidentalmente.

Este animal poco después de operado desmejoró en su estado general; enflaqueció y perdió de peso en forma sorprendente, debido probablemente al vómito muy tenaz de los primeros días.

Atribuimos esta situación a la posición horizontal del cuadrúpedo y, en buena lógica, llegamos a temer por su vida. No fue así; sin ninguna medicación mejoró hasta entrar en un perfecto restablecimiento. Fue entonces cuando lo presentamos, entre otros profesionales, a los Dres. Miguel Jiménez López, José Vicente Huertas, Juan N. Corpas, M. T. Aguilera Camacho, M. A. Luque Peña y otros distinguidos facultativos.

Al encabezar este artículo, hemos expresado el propósito de escribir solamente unas breves anotaciones sobre cirugía esofagiana. De esta suerte prescindimos deliberadamente de cuanto se oponga a ese deseo. En trabajo de más fondo, nos proponemos considerar la anestesia empleada en nuestros estudios experimentales, los accidentes, la forma como evolucionaron los animales.

Queremos hacer notar, eso sí, que en nuestro suelo, en el deslizarse de los tiempos, día a día, en un ponderable esfuerzo de superación, no pocos compañeros, de dos años a esta parte, han dedicado todas sus energías al estudio de este tópico en la especie humana.

Hoy, en general, podríamos decir que han disminuído los temores, se han ido venciendo los obstáculos, se han precisado, valorado y seguido las indicaciones, parte fundamental en la operabilidad esofagiana, y con técnicas regladas en lo posible, el mundo quirúrgico ha logrado una de las más bellas realidades de los tiempos presentes.

Volviendo a Colombia estrictamente, y para hablar de nuestra principal fuente informativa al respecto, el trabajo que el Prof. Churchill leyera en la American Surgical Association, Cleveland, Ohio en abril de 1942, publicado en lengua castellana en Buenos Aires por la Casa Kraft, ha sido por decirlo así el modelo de lo efectuado entre nosotros en la especie humana.

Los colombianos todavía no podríamos hablar de resultados; no tenemos respaldo de cifras suficientes y carecemos de la sanción del tiempo. Tan prematuro sería juzgar un cirujano, una técnica, un procedimiento por el fracaso o por el éxito inmediatos, como valorar sus consecuencias sin el mismo respaldo de los años. Cuántas veces aparece cierta la copla española: ¡"resultó peor el remedio que la misma enfermedad!"

Ello no significa que escatimemos nuestro aplauso, tan sincero como alentador a los colegas Bonilla Naar, Anzola Cubides y Triana Cortés, que de manera tan constante como decidida estudian y laboran infatigablemente.

Con estas palabras, está muy lejos de nosotros significar que en cirugía de tan grave importancia solamente se han seguido los conceptos expresados en una revista científica, esquivando o menospreciando en el animal y en el cadáver, la parte experimental. No; sin haber agotado en estos, hasta sus últimos términos todo cuanto se pueda referir al tema en cuestión, ningún cirujano, cualquiera que él sea, tiene derecho de acercarse al vivo!

De esta suerte, ya hemos mencionado nuestras investigaciones en el perro, que datan del año de 1936. Ahora, en el cadáver y en el Anfiteatro de Cirugía Experimental, con el Prof. Triana Cortés, repetimos los experimentos que el Prof. Sauerbruch utilizara el año de 1905. Así pues, por vía transtorácica, invaginamos en el estómago, a través del cardias, la extremidad inferior del esófago supuesto enfermo. El cirujano alemán en un segundo tiempo, por vía abdominal, abría el estómago y resecaba la parte invaginada.

Como se comprende, esta técnica, perfectamente lógica, estaba en razón en los cánceres pequeños de la extremidad inferior del esófago especialmente cuando no se disponía de la intubación intratraqueal.

También consideramos y estudiamos en el mismo anfiteatro la vía abdominal que utilizaron Voelken primero y Kümmler (de Hamburgo) más tarde. La técnica de Henle de acceso tóraco-abdominal; la de Garback, la de Torek, la aconsejada por Churchill.

“Humphreys —dice John H. Garlock— fue el que primero llamó la atención acerca de la simplicidad de una incisión combinada abdominotorácica al presentar hace unos dos años en la Sociedad de Cirugía de Nueva York, un enfermo que había operado por cáncer del cardias”.

En alguna parte —que no recordamos donde— hemos leído que esta vía, si es evidente que da una luz suficiente, tiene el inconveniente de debilitar la solidez de la base del tórax, indispensable para su equilibrio.

En Bogotá, el mismo Prof. Humphreys, no utilizó ese camino e hizo la resección costal únicamente.

El Prof. Edward B. Churchill (Boston Mass) reseca la novena costilla y sugiere que, a ser necesario, pueden seccionarse en su porción posterior, las costillas adyacentes.

A propósito de la incisión de Humphreys, trae estas palabras: "La necesidad de cortar el arco condro-costal, es la objeción fundamental a la incisión combinada abdómino-torácica". Parece que el Prof. de Boston tiene muy en cuenta la estabilidad torácica.

Por nuestra parte, nosotros hemos empleado siempre la técnica de Churchill, sin ningún inconveniente.

Con todo, cuando se trata de cáncer del cardias, en aquellos casos en que debe apreciarse claramente su operabilidad, tenemos la impresión de que, la incisión combinada abdómino-torácica es de un valor inestimable y creemos también que una buena reconstrucción de la pared, pone a salvo de cualquier temor.

Abrigamos la certeza de que las incisiones torácicas no deben emplearse sin estar seguros de la operabilidad del cáncer, y este solamente se puede juzgar por el examen directo de la palpación y de la vista.

"La palpación intraabdominal revela rápidamente la presencia o ausencia de metastasis hepáticas, las adherencias del tumor a órganos vitales, los nódulos metastáticos sobre el diafragma, peritoneo, pelvis, y la adenopatía difusa retroperitoneal. La difusión linfática de los cánceres a células "escamosas" del tercio inferior del esófago se hace casi totalmente hacia la cara inferior del diafragma. Por lo tanto las metastasis ganglionares se hallarán allí y una exploración abdominal previa en casos de tumores de ese tipo puede ser tan importante como cuando se trata del adenocarcinoma del cardias. Antiguamente, si se demostraba la existencia de un tumor operable, la incisión abdominal se cerraba, el enfermo se colocaba en posición lateral y se abría el tórax izquierdo por medio de una incisión adecuada para practicar la resección transtorácica de la porción superior del estómago e inferior del esófago. La incisión combinada abdominotorácica es una consecuencia natural". (Garlock).

Es para nosotros, la incisión combinada abdominotorácica del Prof. Humphreys, de inestimable valor en los tumores inferiores esofágicos o superiores del estómago. Creemos igualmente que, en esos casos, no existe hasta este momento, ninguna otra que de más luz ni más facilidad operatoria.

El año de 1871 Billroth, el primero, demostró la posibilidad de la resección del esófago en los animales en experimentación. Han pasado 77 años desde entonces; el estudio, la constancia, la labor de todos los días y de todas las horas, nos entrega una preciosa realidad, sus-

ceptible de perfección aún mayor, ante el terrible espectro del cáncer del esófago.

No queremos terminar estas líneas sin expresar la importancia grandísima del diagnóstico precoz, única manera de alcanzar el éxito. Y no nos pesará recordar que el tiempo perdido por el médico, es más censurable y de más alta responsabilidad quizá que el no aprovechado por el enfermo mismo.

El engaño de la belladona y de la atropina, diariamente formuladas para un pretendido espasmo esofágiano, que no es realmente cosa distinta de un cáncer. El tratamiento antiespecífico para la sífilis, que es una entidad excepcional en el esófago.

Las radiografías mal hechas y especialmente mal interpretadas que hacen malgastar un tiempo preciosísimo; circunstancias estas que, en la mayoría de los casos, permiten al neoplasma llegar a una etapa avanzada, incompatible a todo tratamiento.