

# La Colocación Intraesofágica de Tubo Plástico en el Cáncer Esofágico y Cardioesofágico Inoperable

## COMUNICACION PRELIMINAR

Dr. Andrés Vesalio Guzmán C.\*    Dr. Fernando Valverde Soley\*\*  
Dr. Edgar Cabezas Solera\*\*\*

### INTRODUCCION

El carcinoma obstructivo del esófago y fondo gástrico, continúa siendo un inmenso problema para el cirujano. Gran número de estos pacientes ingresan al hospital con lesiones muy avanzadas e inextirpables o debido a su edad son portadores de padecimientos médicos asociados que impiden un ataque radical a este problema.

Confrontados diariamente con estos casos, hemos adoptado un método paliativo de intubación permanente del esófago utilizando una combinación de las técnicas descritas por los grupos de Wilson C. Weisel (4) y M. Houseau (5).

El objeto de este trabajo es describir la técnica que usamos, y reportar nuestra modesta experiencia con estos casos.

Queremos hacer énfasis, que este método no es un sustituto de la cirugía radical en casos en que esta se pueda hacer (2) (6) (7) (8). También queremos expresar nuestra inconformidad con operaciones paliativas con interposición de segmentos de colon, ileón, estómago, ya que las consideramos operaciones de gran magnitud para su finalidad netamente paliativa. La gastrostomía permanente la condenamos enfáticamente ya que no ofrece paliación sino que más bien prolonga la agonía de estos pacientes.

---

\* Profesor Titular de la Cátedra de Cirugía Escuela de Medicina.

\*\* Del Servicio de Cirugía "Carlos Durán" Hospital San Juan de Dios.

\*\*\* Residente de Cirugía Hospital San Juan de Dios.

---

### INDICACIONES

Los pacientes destinados a intubación permanente del esófago han sido previamente estudiados, primero para establecer un diagnóstico histológico y luego para determinar su inoperabilidad.

Se consideran inoperables aquellos casos con tumores extensos que demuestren invasión de órganos vecinos o que demuestren metástasis distal ya sea por biopsia de ganglios o radiográficamente. También consideramos inoperables pacientes que debido a problemas médicos asociados no se les considera capaces de resistir una esofagectomía.

### METODO

Pocos días antes de su intervención, a los pacientes que van a ser sometidos a intubación permanente, se les hace deglutir un hilo de seda N° 2, guiado por un perdigón de plomo de aproximadamente 3 a 4 mm. de diámetro. Radiográficamente se trata de determinar si este hilo ha pasado al estómago antes de la operación. Si la obstrucción es tal que el hilo no ha pasado, esto se logra durante la operación con la ayuda del esofagoscopio y dilatadores filiformes de Jackson.

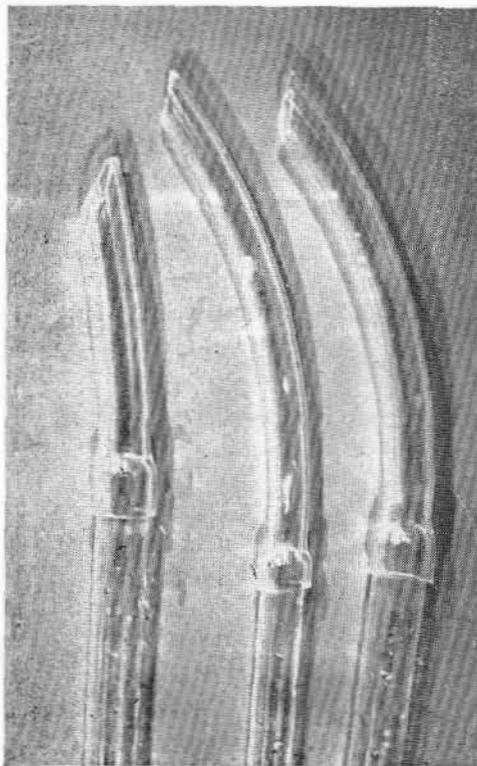


FOTO N° 1

Tubos de Tygon listos para inserción. Nótese diferentes longitudes y diámetros.

Bajo anestesia general endo-traqueal se hace una pequeña laparotomía y gastrotomía. Mientras esta parte de la operación se lleva a cabo, se hace simultáneamente una esofagoscopia para determinar el nivel superior del tumor. El esofascopio se marca a este nivel. el equipo trabajando en el abdomen identifica la seda previamente pasada a la cual se amarran dilatadores de Tucker y se hace una dilatación retrógrada del tumor hasta un número 38 o 40. Luego se procede a la introducción del tubo permanente.

Los tubos que nosotros usamos son de tygon, polietileno o mayon y miden de  $\frac{3}{8}$  a  $\frac{1}{2}$  pulgada de diámetro interior. Un extremo se corta tangencialmente para facilitar su introducción, y el otro se dilata con calor para formar un embudo que asiente en el extremo superior del tumor y que le da cierta estabilidad. La longitud de estos tubos es individualizada de acuerdo con la posición o longitud del tumor, determinada previamente en el esofagograma.

La introducción de estos tubos se hace a través de la boca, enhebrándolos sobre el hilo de seda y al mismo tiempo amarrándolos a éste para poder ejercer tracción. El esofascopio también se enhebra sobre el hilo y sirve para empujar en forma de émbolo el tubo o impactarlo a través del tumor hasta el nivel previamente marcado en este instrumento. El cirujano tira desde el estómago para atraer el tubo. Cualquier exceso de tubo que se presente en el estómago puede ser fácilmente cortado. La gastrotomía y el abdomen se cierran terminando así la operación que dura aproximadamente de 30 a 45 minutos.

El post-operatorio de estos pacientes es muy benigno. Por los primeros dos o tres días no se les permite tomar nada por vía oral y luego se les comienza con una dieta progresiva de líquidos a alimentos suaves. Se les recomienda masticar bien los alimentos y usar agua o líquidos para deglutir más fácilmente.

Los resultados en estos casos han sido dramáticos. Estos pacientes expresan una euforia ilimitada al poder deglutir normalmente de nuevo y al verse aliviados de la expectoración y aspiración constante. También es interesante que estos pacientes no acusan ninguna molestia que se pueda atribuir a la presencia del tubo mismo.

---

## REPORTE DE CASOS

## Caso N° 1 — A. C. U. — N° 110.828.

Paciente de 57 años de edad quien ingresó al hospital el 24 de agosto con historia de disfagia progresiva y gran pérdida de peso de 8 meses de duración en pésimas condiciones físicas. Esofagograma reveló una lesión extensa del tercio medio del esófago (fotos 2-3). El diagnóstico de carcinoma epidermoide de esófago se hizo por medio de esofascopia y biopsia. El 23 de setiembre se le practicó intubación permanente del esófago. El post-operatorio fue sin complicaciones. Se le dio de alta en el sétimo día post-operatorio tomando dieta suave normalmente. En visitas subsecuentes a consulta externa el paciente expresó estar comiendo normalmente, haber ganado peso y estar viviendo una vida normal.

## Caso N° 2 — R. M. M. — N° 80.902.

Paciente de 80 años de edad quien ingresó al hospital el 25 de abril de 1962, por disfagia progresiva. Radiográficamente se hizo el diagnóstico de carcinoma del cardias. El paciente rehusó cirugía y exigió salida. Reingresó al hospital el 14 de setiembre de 1963 con obstrucción total del esófago. Serie gastroduodenal demostró carcinoma del cardias con invasión del esófago. (fotos 4-5). Se le hizo intubación permanente el 23 de setiembre de 1963. El resultado inmediato fue muy satisfactorio. Se le dio salida el sétimo día post-operatorio. Su condición general ha mejorado y ahora toma su alimento normalmente.

## Caso N° 3 — P. T. R. — N° 110.609.

Paciente de 61 años de edad, admitido el 20 de agosto de 1963, con disfagia progresiva y pérdida de peso, en pésimas condiciones físicas. Serie gastroduodenal demostró lesión en el cardias con invasión del esófago. El diagnóstico de adenocarcinoma se confirmó por esofagoscopia y biopsia. El 2 de octubre de 1963 se le practicó la intubación. Durante la laparotomía se confirmó lo extenso del tumor y la presencia de metástasis hepáticas y ganglionares. La recuperación de este paciente fue lenta. A pesar de poder tomar alimento su curso fue de deterioro progresivo muriendo en el hospital el 11 de noviembre de 1963. La autopsia mostró el tubo en buena posición y permeable.

---

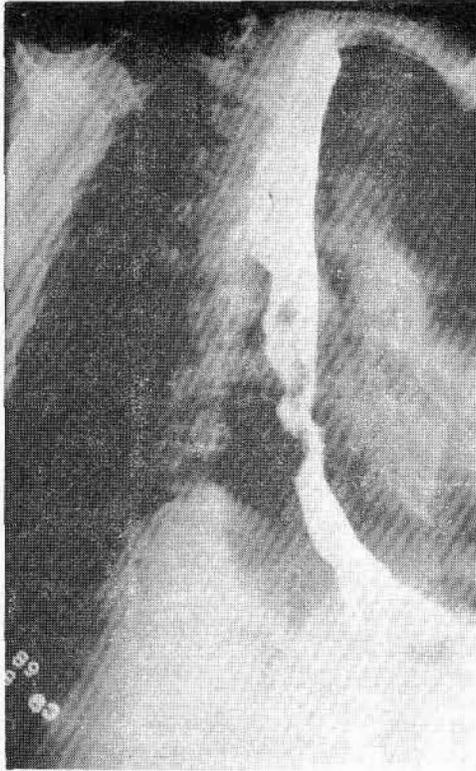


FOTO N° 2

Caso N° 1. Carcinoma del esófago con obstrucción parcial.



FOTO N° 3

Caso N° 1. Después de la inserción del tubo intraluminal, el bario pasa sin dificultad.

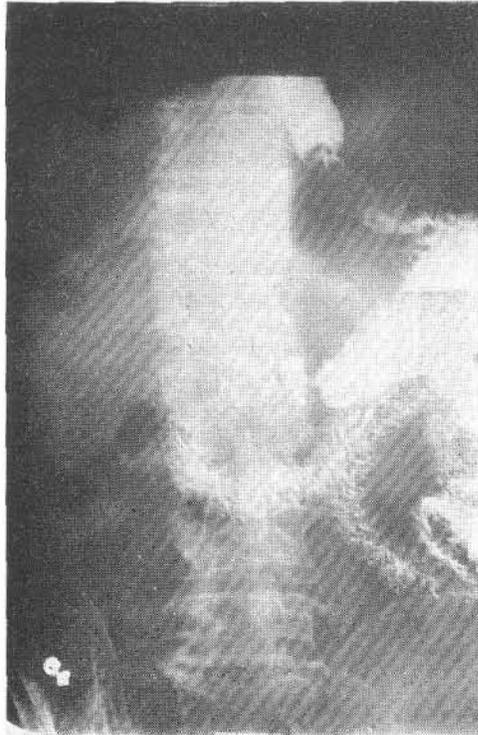


FOTO N° 4

Caso N° 2. Carcinoma del fondo gástrico con invasión de esófago.

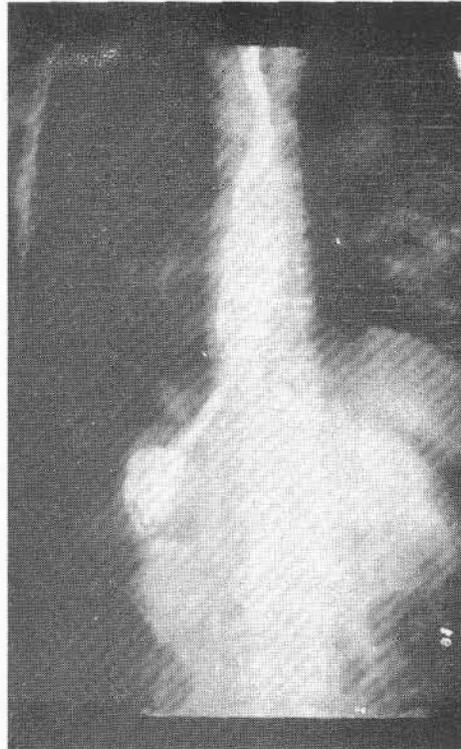


FOTO N° 5

Caso N° 2. Después de la inserción del tubo intraluminal, se nota el pasaje del bario a través de la prótesis.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos presentado un informe preliminar sobre un método paliativo para el tratamiento de los carcinomas obstructivos e inoperables del esófago y cardias gástrico.

La intubación permanente del esófago es un método sencillo y efectivo para el tratamiento de estos casos. No sólo estos pacientes experimentan desaparición inmediata de sus síntomas obstructivos sino que también pueden regresar a sus hogares y disfrutar de la compañía de los suyos por el tiempo de vida que les falte.

Nuestra experiencia es reciente y nuestras conclusiones prematuras; sin embargo tenemos razones para creer que los resultados a largo plazo serán igualmente satisfactorios. Wilson C. Weisel (4) en sus casos reporta uno que sobrevivió más de dos años sucumbiendo finalmente de metástasis generalizada pero nunca mostrando síntomas obstructivos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1—SOUTTAR, H. S.: Method of Intubation of Esophagus for Malignant Stricture. *Brit. M. J.* 1924 1:782.
  - 2—CARLOCK, J. H. and KLINE, S. H. The Surgical Treatment of Carcinoma of the Esophagus and Cardias. *Ann. Surg.* 139:19, 1954.
  - 3—MACKLER, S. A. and MAYER, R. M. Palliation of Esophageal Obstruction Due to Carcinoma with a Permanent Intraluminal Tube. *J. Thor. Surg.* 28:431, 1954.
  - 4—WILSON C. WEISEL, et al Palliative Treatment of Esophageal Carcinoma. A Method and its Evaluation. *Ann. of Surg.* 1949:207, 1959.
  - 5—C. DOUGLAS BERG et al Palliative Intubation of the Esophagus for Malignant Disease. *S. G. O.* 116:705, 1963.
  - 6—TERRACOL, J., and SWEET, R. H. *Diseases of the Esophagus* Philadelphia W. B. Saunders Co., 1959.
  - 7—ELLIS, P. H. Jr. et al *Carcinoma of the Esophagus and Cardias; Results of Treatment.*
  - 8—BOCKUS, HENRY L. *Gastro Enterology*, Vol. 1. Philadelphia W. B. Saunders Co., 1963.
-