

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Número **3**
Number




Julio-Septiembre **2004**
July-September

Artículo:




Abordaje del esófago cervical

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Abordaje del esófago cervical

Approach to the cervical esophagus

Dr. Agustín Etchegaray-Dondé,* Dr. Luis Mauricio Hurtado-López*

Resumen

Introducción: Tradicionalmente el abordaje del esófago cervical se ha realizado de manera oblicua. Nuestro concepto es que el abordaje transverso es otra vía de acceso a utilizar, con buena exposición, y baja morbilidad. Se presenta la experiencia de un grupo quirúrgico.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en 21 pacientes sometidos a un abordaje transverso del esófago cervical. Se analizan variables directas como visualización de las estructuras, exposición, lesiones, fístulas, estenosis y accidentes.

Resultados: En 21 pacientes se realizó abordaje transverso del esófago cervical, ocho por patología benigna y 13 por maligna. Los pacientes con patología benigna fueron tres por divertículo de Zenker, tres por perforaciones, y dos por quemadura por cáusticos. Los pacientes con patología maligna fueron 11 por cáncer de esófago, y dos pacientes con tumores de la unión esofagogástrica. En todos los pacientes se tuvo una excelente exposición de las estructuras, aun en tres pacientes con reintervenciones. Tuvimos dos pacientes con lesión de nervio laríngeo recurrente, quedando solamente uno con lesión permanente (4.7%). En tres pacientes (14.2%) se presentó fístula anastomótica, de los cuales dos pacientes desarrollaron estenosis. En ningún paciente tuvimos lesión vascular accidental, esofágica, o de la vía aérea.

Discusión: Al comparar nuestros resultados con lo informado en la literatura mundial, encontramos menor frecuencia de lesión de nervio laríngeo recurrente, menor, o igual, de fístulas y estenosis. Además de tener la ventaja de poder extender la incisión para abordar el lado derecho cuando sea necesario y, a nuestro parecer, tiene un mejor resultado estético.

Conclusión: El abordaje transverso del esófago es una vía segura, con baja morbilidad, con igual o mejor exposición que el abordaje oblicuo

Abstract

Introduction: Traditionally, the cervical esophagus has been approached obliquely. Our concept is that the transverse approach is another access route, with good exposure and low morbidity. We present the experience of our surgical team.

Patients and methods: Retrospective, descriptive, transversal study in 21 patients subjected to a transverse approach of the cervical esophagus. We analyzed direct variables such as visualization of structures, exposure, lesions, fistulae, stenosis, and accidents.

Results: Transverse approach to the esophagus was performed in 21 patients, 8 with benign pathology and 13 with malignant pathology. From the eight patients with benign pathology, three coursed with Zenker diverticulum, three with perforations, and two had lesions caused by caustic burns. The patients with malignant pathology corresponded to eleven with esophageal cancer, two with tumors of the esophagogastric junction. An excellent exposure of the structures was achieved in all patients, even in three patients that were re-operated. We had two patients with lesions of the recurrent laryngeal nerve, only one (4.7%) was left with a permanent lesion. Three (14.7%) patients presented an anastomotic fistula, two of them developed stenosis. No patient presented vascular lesions (accidental, esophageal, or of the airways).

Discussion: Comparing our results with those reported in the world literature, we found less frequency of recurrent laryngeal nerve lesions, and less or equal fistulae and stenoses. Besides this approach has the advantage of being able to extend the incision to approach the right side when necessary and, from our point of view, produces better esthetic results.

Conclusion: The transverse approach of the esophagus is a safe route, with low morbidity, with the same or better exposure than the oblique approach.

Clínica de Esófago y Clínica de Tiroides Servicio de Cirugía General, Hospital General de México. México, D.F.

Recibido para publicación: 5 de mayo de 2004.

Aceptado para publicación: 15 de mayo de 2004.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.

Correspondencia: Dr. Agustín Etchegaray-Dondé. Vialidad de la Barranca S/N consultorio 185, Valle de las Palmas. Huixquilucan, Edo. de México 52763. Teléfonos: 5246-9522 5246-5000 Ext. 4185.

Palabras clave: Esófago cervical, cáncer, cirugía esofágica, nervio laríngeo recurrente.

Cir Gen 2004;26:169-172

Key words: Cervical esophagus, neoplasms, esophageal surgery, recurrent laryngeal nerve.

Cir Gen 2004;26:169-172

Introducción

El segmento cervical del esófago deberá ser expuesto y abordado para la solución de padecimientos esofágicos benignos como divertículo de Zenker, estenosis por cáusticos, perforaciones, trauma y también en padecimientos que ameriten la resección del mismo por neoplasias y la necesidad de preservar el tránsito alimenticio sustituyendo el esófago.

Tradicionalmente este abordaje se realiza de manera oblicua, a lo largo del borde medial del músculo esternocleidomastoideo (MECM) izquierdo. Este abordaje se diseñó con el concepto que al tener un acceso, lo más vertical posible, brindaría la posibilidad de visualizar el esófago hasta la faringe y distalmente hasta el mediastino superior, de tal suerte que el control de éste y las estructuras nerviosas y vasculares a su derredor pudieran ser respetadas.¹ Dicho abordaje continúa utilizándose en varios centros especializados con buenos resultados.² En varios centros de concentración de cirugía esofágica en el mundo, principalmente en Europa y Asia, se ha venido utilizando un abordaje transversal con buenos resultados finales desde hace varios años,³ aportando una mejor exposición del esófago y sus estructuras adyacentes con respecto al abordaje oblicuo, además, facilita la extensión de la incisión, poder abordar en forma bilateral el esófago y realizar una disección ganglionar contralateral si el cirujano lo cree necesario.⁴ Además de tener mejor resultado estético y, en caso de tener una fístula cervical, drenar por un trayecto directo sin la resistencia que el MECM pudiera ofrecer.

Recientemente, en Norteamérica, también se está cambiando a realizar un abordaje transversal con los mismos buenos resultados.

Nuestro concepto es que el abordaje transversal da una exposición igual o mejor de las estructuras del cuello, sin necesidad de hacer una retracción forzada, que puede provocar, *per se*, una lesión de alguna estructura.¹ Además permite exponer todo el esófago cervical y parte de la faringe. Al tener una mejor exposición y poder realizar la disección del esófago bajo visión directa se tendrá menor morbilidad y se facilita la cirugía.

El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia de un grupo quirúrgico dedicado a las enfermedades del esófago, realizando un abordaje transversal del esófago cervical.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, en pacientes sometidos a abordaje del esófago cervical por medio de incisión transversal por diversas enfermedades.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por un mismo grupo quirúrgico en el Hospital General de México, de 1994 al año 2004.

Descripción de la técnica: Con la cabeza rotada a la derecha, se realiza una incisión transversal a 2 cm por arriba del borde clavicular izquierdo hasta la línea media, se incide piel tejido celular y músculo platísmo, por debajo del cual se disecciona céfalica y caudalmente hasta tener dos colgajos y una buena exposición. Se secciona la hoja anterior de la fascia cervical profunda entre el MECM y el músculo esternohioideo hasta visualizar el músculo omohioideo retrayendo y/o seccionando sus fibras, se separa la glándula tiroidea hacia la porción medial y en caso de encontrar una vena tiroidea media se corta y liga. Se identifica y preserva en el surco traqueoesofágico, las paratiroides, y el nervio laríngeo recurrente homolateral. Se procede a palpar los cuerpos vertebrales en su cara anterior y percibir el límite entre la fascia prevertebral y la cara posterior del esófago, hasta este punto no se ha intentado disecarlo a fin de iniciar la disección digitalmente en la cara posterior del esófago hasta separar éste de la fascia prevertebral, de esta forma, se libera primero la cara posterior, luego podremos traccionar el mismo con pinzas atraumáticas y separarlo en su cara anterior bajo visión directa de la tráquea y nervio laríngeo recurrente, por último, se tracciona y se separa la cara lateral derecha, también bajo visión directa, pasando un Penrose para referirlo. Se continúa la disección hacia la porción caudal sobre la orquilla supraesternal (**Figura 1**).

En los casos que se realiza anastomosis con tubo gástrico o con segmento de colon a nivel cervical, la hacemos manualmente bajo visión directa en toda la

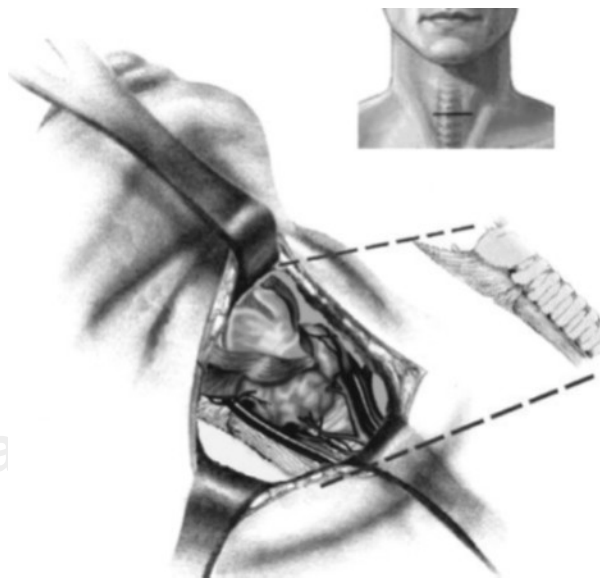


Fig. 1. Esquema de abordaje cervical transversal.

circunferencia, no utilizamos en este nivel sutura mecánica y no la fijamos a la fascia prevertebral.

Variables analizadas: Directas: visualización de las estructuras en riesgo, exposición de faringe y esófago cervical completo, lesión de nervio laríngeo recurrente, frecuencia de fístula, y complicaciones por la misma, estenosis de la anastomosis, lesión vascular accidental, lesión esofágica, o lesión de vía aérea.

Indirectas: Edad, género y diagnóstico.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y comparación con la literatura.

Resultados

Se realizó disección del esófago cervical en 21 pacientes, de éstos, ocho pacientes fueron por patología benigna y 13 por maligna.

De los pacientes con patología benigna, tres fueron perforaciones, dos de ellos a nivel intratorácico, con mediastinitis, que requirieron esofagectomía, y uno a nivel cervical, al cual solamente se le realizó reparación y drenaje. Otros dos pacientes con quemadura por cáusticos, a uno de ellos solamente se le hizo transposición de colon por riesgo de sangrado por ser testigo de Jehová, y al otro resección esofágica y ascenso gástrico, ambos con anastomosis en cuello (**Figura 2**). Tres pacientes con divertículo de Zenker, a los que se les realizó diverticulectomía y miotomía, siendo uno de ellos recidivante.

De los pacientes con patología maligna, once presentaron carcinoma esofágico, de los cuales ocho con adenocarcinoma y tres con carcinoma epidermoide. De estos pacientes, uno de ellos tuvo un tumor irresecable y se le realizó transposición de colon en forma paliativa. A los 10 restantes se les practicó resección del esófago, siete de ellos por toracotomía derecha, dos transhiatal y uno por toracotomía izquierda, a todos se les hizo ascenso gástrico tubulizado y anastomosis en cuello (**Figura 3**).

A un paciente con cáncer y a otro con linfoma, ambos de la unión esofagogástrica, se les realizó esofagogastrectomía con transposición de colon, y anastomosis en cuello.

En cuatro pacientes se utilizó el colon como sustituto del esófago, y en 12 se utilizó ascenso gástrico tubulizado, la mayoría sin piloroplastia.

Todas las anastomosis fueron realizadas con sutura manual, la mayoría en un plano con algunos puntos de reforzamiento en algunos sitios de la anastomosis.

Nunca fijamos el ascenso gástrico o el colon a la fascia prevertebral.

En tres pacientes se utilizó la vía retroesternal para sustituir el esófago y en el resto la vía mediastinal. En ningún paciente utilizamos la vía subcutánea.

En todos los pacientes se tuvo una excelente exposición del esófago cervical y faringe.

En los 21 pacientes a los que se le realizó disección del esófago cervical, en dos (9.5%) se evidenció lesión del nervio laríngeo recurrente, siendo uno de ellos transitoria y quedando solamente uno con lesión definitiva (4.7%). Hay que hacer notar que en los dos pacientes con lesión de nervio recurrente fue en reoperaciones a nivel cervical y una de ellas fue advertida, por proceso fibrótico severo y reparada en el momento, sin presentar lesión permanente.

En tres pacientes (14.2%) se presentó fístula de la anastomosis, las cuales fueron manejadas exitosamente con drenaje de la herida, ayuno y nutrición enteral. Ninguno presentó mediastinitis.

Dos pacientes presentaron estenosis de la anastomosis, los dos pacientes fueron los mismos que presentaron fístula cervical, uno de ellos fue manejado con dilatación en dos ocasiones, y el segundo necesitó de reintervención por fibrosis extensa y fracaso de la dilatación, este último es el mismo paciente con lesión advertida de nervio recurrente.

En todos los pacientes con ascenso gástrico o transposición de colon se dejó sonda yeyunal para alimentación enteral, iniciada en los primeros días postoperatorios. En ningún paciente tuvimos lesión vascular accidental, esofágica, o de la vía aérea.

Discusión

Revisamos nuestra experiencia con abordaje transverso, encontrando en todos los casos una excelente expo-



Fig. 2. Anastomosis gastroesofágica en cuello.



Fig. 3. Ascenso gástrico tubulizado y anastomosis en cuello.

sición de todo el esófago cervical hasta la faringe, sin necesidad de retracción forzada, inclusive en tres pacientes que se reintervino la región cervical se pudieron identificar todas las estructuras a pesar de la fibrosis.

En dos pacientes se lesionó el nervio laríngeo recurrente (9.5%), uno de ellos fue advertida y reparada sin lesión permanente, quedando solamente uno con una lesión definitiva (4.7%), menor a lo informado por la mayoría de los estudios a nivel mundial que van de 7% a 27% en los diferentes estudios.^{5,6} Hay que recordar que la lesión del nervio laríngeo recurrente en la cirugía de esófago es un problema importante, ya que no es sólo la molestia de la disfonía, sino que estos pacientes tienen complicaciones pulmonares importantes por la dificultad para toser y posibilidad de aspiración, por lo que, incluso, algunos autores consideran que se debe dar tratamiento inmediato a la cuerda vocal en el momento del diagnóstico cuando la lesión nerviosa es acompañada de una cirugía torácica.^{7,8}

Tuvimos tres pacientes con fístula de anastomosis (14.2%), de los cuales dos desarrollaron estenosis, dichos resultados están por debajo de la mayoría de lo informado en la literatura mundial, sin olvidar que aquí intervienen múltiples factores como el diagnóstico, el estado nutricional, la edad, etcétera.⁷⁻⁹

En ningún caso tuvimos lesiones accidentales vasculares, de vía aérea, o esofágicas.

Con base en nuestros resultados, podemos afirmar que, para nosotros, el abordaje transversal para la cirugía del esófago cervical es una vía segura, inclusive para reintervenciones; que nos da una exposición igual o mejor que el abordaje oblicuo, con menor necesidad de retracción, y se puede realizar cualquier procedimiento para el esófago cervical, con buenos resultados y baja morbilidad local. Tiene la ventaja de poder ampliar la incisión y tener acceso contralateral en caso necesario.

Si bien el presente trabajo no evaluó el resultado estético de este abordaje, el realizar una incisión sobre líneas de máxima y mínima tensión en vez de una inci-

sión casi perpendicular a éstas, suponemos que se obtendrá un mejor resultado estético.

Conclusión

El abordaje transversal para realizar la cirugía del esófago cervical nos proporciona una exposición igual o mejor que el abordaje oblicuo, con la posibilidad de abordar el lado contralateral sin tener que realizar otra incisión. La frecuencia de complicaciones es menor a la publicada en la literatura mundial. Es un buen acceso aun en reintervenciones.

Referencias

1. Orringer MB, Marshall B, Jannetoni MD. Transhiatal esophagectomy: clinical experience and refinements. *Ann Surg* 1999; 230: 392-400; discussion 400-3.
2. De la Garza VL, Cortés GR. Tratamiento quirúrgico del divertículo faringoesofágico o de Zenker. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 320-6.
3. McKeown KC. Total three-stage esophagectomy for cancer of the oesophagus. *Br J Surg* 1976; 63: 259-62.
4. Endo M, Kawano T, Nagai K. Operative procedures of T1 cancer of the lower thoracic esophagus. [Abstract] *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1997; 98: 737-41.
5. Hirano M, Tanaka S, Fujita M, Fujita H. Vocal cord paralysis caused by esophageal cancer surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993; 102(3 Pt1): 182-5.
6. Rizk NP, Bach PB, Schrag D, Bains MS, Turnbull AD, Karpeh M, et al. The impact of complications on outcomes after resection for esophageal and gastroesophageal junction carcinoma. *J Am Coll Surg* 2004; 198: 42-50.
7. Gelfand GA, Finley RJ. Quality of life with carcinoma of the esophagus. *World J Surg* 1994; 18: 399-405.
8. Yoshino K, Kawano T, Nagai K, Endo M. Diagnosis and treatment of complications after oesophagoplasty. *Eur J Surg* 1996; 162: 791-6.
9. Urschel JD. Esophagogastrotomy anastomotic leaks complicating esophagectomy: a review. *Am J Surg* 1995; 169: 634-40.
10. Fok M, Ah-Chong AK, Cheng SW, Wong J. Comparison of a single layer continuous hand-sewn method and circular stapling in 580 oesophageal anastomosis. *Br J Surg* 1991; 78: 342-5.