

Las Quirúrgicas de Acceso al Esófago

Por el Dr. ROBERTO C. FERRARI,
de Buenos Aires, Argentina

(Concluye)

Para el esófago cervical: la incisión a lo largo del esternocleidomastoideo, o la incisión anterior a colgajos cuando, junto con el esófago, debe ser abordada la laringe.

Para el esófago torácico: la incisión en toda la extensión del séptimo espacio intercostal, con sección de las costillas séptima a novena en el ángulo posterior. Esta incisión abre la pleura, para lo cual el cirujano debe hacer uso del neumotórax previo. La operación debe ser, generalmente, terminada con hiperpresión, cualquiera sea la anestesia usada, a fin de distender el pulmón mientras se cierra el tórax. Esta incisión será combinada con la incisión cervical cuando se trate de efectuar la exenteración del esófago. En casos de excepción podrá usarse la vía transpleural derecha, simétrica a la descrita.

Para abordar el cardias, bastará algunas veces la simple laparotomía mediana supraumbilical (cardioespasmo, operaciones de Heller y de Heyrowsky). Otras veces será necesario valerse sea de una amplia toracofrenolaparotomía, hecha por vía anterior, perfec-

de los orificios superior e inferior del esófago. Son los que más precozmente dan síntomas de disfagia porque obstruyen los orificios. En cambio, los sésiles son casi siempre hallazgos de autopsia, salvo cuando son muy grandes, porque entonces producen estenosis.

Los tumores sésiles son habitualmente miomas, fibromiomas, angiomas, adenomas. Los tumores pediculados son habitualmente lipomas, fibrolipomas, mixofibromas. No obstante, no debe tomarse esta distinción en forma rigurosa, de acuerdo con lo que hemos dicho antes.

1. QUISTES CONGENITOS.—Deben distinguirse dos variedades de tumores quísticos del esófago. Unos quistes son de origen congénito derivados verosímilmente, la mayoría de las veces, de trastornos del desarrollo embrionario o fetal. Otros serían quistes por retención debidos al cierre de un orificio glandular o fistuloso, los cuales, a su vez, serían debidos a trastornos del desarrollo embrionario.

Los quistes son de tamaño variable, desde el de una arveja al de un huevo de paloma. Son únicos, aunque muy raramente pueden ser múltiples.

(Continuará).

tionamiento de la vía de acceso preconizada hace mucho por *Wendel*, sea por vía posfcerolateral. En ambos casos son de rigor: uisi del neumotorax previo y distensión del pulmón al practicar el ciérre del tórax.

BIBLIOGRAFÍA

Para la documentación de este tema, consultar la bibliografía cié núes-tro artículo:

FERRARI Roberto C. y LENTING A. L.: El tratamiento quirúrgico del cancer del esófago. K«vista crítica. Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica, diciembre de 1939, año XV, núm. 130, págs. 1077 a 1109.

Y además:

BRAINE I.: Accès de l'oesophage médiastinal inférieur et du cardia por la voie thoracoabdominale postérieure sous pleuro-péritoneale, spécialement dans les dilatations «idiopathiques» de l'oesophage sus-diaphragmatique, mega-oesophage et phenospasmes. IXeme Congrès de la Societé Internationale de Chirurgie. Madrid, 15-18 de marzo de 1932, tomo 1 págs. 765-774.

GREGOIRE Ráymond: Etat actuel de la chinirgie de l'oesophage. «Societé Internationale de Chirurgie», IXeme Congres Medical. 15-18 marzo de 1932, tomo I, páginas 219-297.

— Ya Chinirgie de l'oesophage. Masson et Cié., París, 1932.

— «Journal de Chirupgie», tomo XXI, pág. 673. Jimio de 1923.

SELLORS Th.: Thoracic exposure of diaphragm and lower oesophagus. «Proc. Roy. Coll. of. Med.», 1925, tomo XXV, págs. 512-514.

(1) «Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica», diciembre de 1939, Pág. 1077.