

ESOFAGOSTOMAS CERVICALES

DIEGO LEONARDO FERRO

Jefe de la Sección Esófago y Estómago.

ALFREDO PABLO FERNANDEZ MARTY

Jefe Servicio de Cirugía

Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo, Bs. As.

El esofagostoma cervical es una comunicación quirúrgica del esófago cervical al exterior a través de los planos de la región, dejando un orificio que comunica la luz esofágica con la piel.

Se ha utilizado históricamente como derivación o desviación de la saliva y secreciones del aparato digestivo y respiratorio alto, también como alternativa en la alimentación en pacientes con tumores de cabeza y cuello, actualmente ésta técnica es retomada por algunos grupos de trabajo para la alimentación en pacientes con alteraciones neurológicas por accidentes cerebrovasculares o en pacientes ancianos con patología neurológica severa que impida una correcta deglución en contraposición al uso de gastrostomías²⁰⁻²¹⁻²⁸.

El esofagostoma puede ser transitorio o definitivo.

Se utiliza más frecuentemente como exclusión de una lesión o traumatismos en el esófago distal al cuello, ya sea esófago torácico inferior o anastomosis esofagoesfágica o esofagogástrica dehiscente³⁻⁴⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁸⁻³³⁻³⁴⁻³⁷.

INDICACIONES

Afecciones Benignas: perforación por accidentes, iatrogénica o instrumental, como complemento de cirugías por ruptura esofágica, dehiscencia de anastomosis esofágicas o esofagogástrica intratorácica o abdominal. Posterior al drenaje de abscesos por traumatismos (habitualmente dentaduras impactadas u otros objetos). Esofagitis por cáusticos u otros agentes corrosivos importantes. Dehiscencias en postoperatorios complicados de acalasia, divertículos esofágicos o operaciones hiatales con lesión del esófago. Fístulas traqueo-

esofágicas por intubación traqueal prolongada⁴⁻⁶⁻⁷⁻¹⁰⁻¹⁸⁻²⁶⁻³⁴⁻³⁷⁻³⁹⁻⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴⁵⁻⁴⁹.

Afecciones malignas: obstrucción por cáncer de esófago, estómago, traqueoesofágicos (fistulizados o no). Como descompresión en situaciones irreversibles de cáncer del aparato digestivo superior con obstrucción, náuseas y vómitos intratables, donde la sonda nasogástrica ocasiona una disconformidad y un riesgo para la aspiración. Como vía de alimentación en estos pacientes como alternativa a una gastrostomía¹⁻¹²⁻³²⁻³⁹⁻⁴⁶⁻⁴⁷.

Como mecanismo de alimentación en afecciones neurológicas agudas o crónicas, en el cáncer de la cabeza y cuello, en forma temporaria o definitiva, ya sea como indicación primaria o como sustituta a una gastrostomía percutánea, endoscópica o quirúrgica. También como alternativa a la colocación de sonda nasogástrica permanente con o sin intubación orotraqueal permanente o transitoria (ambas producirían una lesión por decúbito)¹³⁻²⁰⁻²⁹⁻⁴⁴.

El esofagostoma cervical o torácico anterior terminal puede ser temporario o definitivo, utilizado en las esofaguetomías por traumatismos esofágicos cuya reconstrucción se realizará en un segundo o tercer tiempo, luego de que las condiciones locales o generales del paciente lo permitan³².

La mortalidad de estos pacientes es alta, debido a la patología de base.

En cuanto a la elección entre una esofagostomía o una gastrostomía de alimentación se debe decir que ambas son efectivas, no son fáciles de mantener y a veces no causan buena satisfacción al paciente y a los que lo cuidan. La elección de uno u otro procedimiento debe ser tomada por el cirujano de acuerdo a cada patología y a cada paciente.²⁰⁻²¹⁻²⁵⁻²⁹⁻³⁰⁻³²

El paciente con cáncer de la región de cabeza y cuello operado, sometido a una serie de tratamientos oncoló-

gicos que le traerán mucositis, disfagia y anorexia, además de las complicaciones postoperatorias que pueden dilatar la ingesta, requiere el soporte nutricional. La sonda nasogástrica no es un buen recurso, debe implementarse una gastrostomía o una esofagostomía de alimentación. El esofagostoma es excelentemente bien tolerado.¹²⁻¹⁷⁻³⁰

El esofagostoma de alimentación puede estar indicado cuando está contraindicada la gastrostomía por ascitis masiva, infiltración neoplásica, imposibilidad de acercar la pared anterior del estómago a la pared abdominal, coagulopatías, hepatomegalias izquierdas, gastrectomizados, obesidad, obstrucción intestinal.¹²⁻²⁰⁻²¹⁻³¹⁻³²⁻⁴⁴

CONTRAINDICACIONES

Desde el punto de vista general son las mismas contraindicaciones que la de cualquier paciente que no puede ser sometido a una cirugía por causas generales como ser neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, etc. Aunque se puede realizar con anestesia local.

Prácticamente no existen contraindicaciones absolutas por causas locales. Se puede realizar en pacientes con lesión grave faringolaríngea, lesiones de grandes vasos cervicales, etc.

Las contraindicaciones relativas surgen de ser las mismas que la de cualquier cirugía por la gravedad extrema del paciente o la decisión lógica del equipo de salud de no seguir adelante con el tratamiento de un tumor avanzado de la región de cabeza y cuello o un estado general irreversible.

Las celulitis por infección de partes blandas o de la piel circundante pueden ser una contraindicación relativa o la modificación del lado en que se va a exteriorizar el esofagostoma.

El cuello irradiado es otra de las contraindicaciones relativas, fundamentalmente por las complicaciones que traería reconstruir el esófago, aunque puede realizarse un esofagostoma lateral quirúrgico o por punción.¹²

En el cuello previamente operado y sobre todo a nivel cervical pueden existir modificaciones anatómicas que podrían llegar a contraindicar el esofagostoma quirúrgico, sobre todo si es para alimentación, o hacer elegir el lado derecho, poco habitual, o elegir una técnica endoscópica o por punción.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Preferentemente debe ser realizada con anestesia general, aunque puede ser realizada con anestesia local con o sin sedación.

POSICIÓN DEL PACIENTE

Es la misma en la que se coloca a un paciente para una cirugía cervical anterior. En decúbito dorsal con la cabeza en hiperextensión, lateralizada hacia la derecha, con una almohadilla en la región torácica alta o interescapular, sonda nasogástrica colocada para ubicar el esófago con más facilidad, el cirujano a la izquierda del paciente y el ayudante en la cabecera.

TÉCNICA POR PUNCIÓN

Se coloca una sonda de tipo Foley y se infla el balón en la región esofágica a implantar el esofagostoma y se practica una punción, rompiendo el balón uno se asegura que está en la luz esofágica, se procede con la técnica de Seldinger como en cualquier procedimiento percutáneo. Ésta técnica puede ser asistida por una ecografía para hallar mejor el balón.²⁷⁻³⁸⁻³⁹

Ésta es una técnica muy empleada para la alimentación enteral en pacientes en que es mejor el cuidado de este catéter y no una gastrostomía o alguna contraindicación para la gastrostomía (paciente gastrectomizado, ascitis, etc.). La técnica por punción es llamada esofagostoma percutáneo transesofágico o esofagogastrostomía percutánea cervical o miniesofagostomía transcutánea o percutánea cervical, según los distintos autores.²¹⁻²²⁻³¹⁻³⁵

La sonda nasogástrica utilizada en postoperatorios de la región faringolaríngea produce inflamación laríngea posterior, granulaciones fibrosas, daño en los colgajos musculares, lesión e inmovilización cordal. La fricción entre los tubos nasogástrico y endotraqueal resulta un daño severo en la zona posterior de la laringe dilatando la curación, el comienzo de la alimentación oral y la decanulación de ambas vías.¹³⁻²⁹⁻³¹⁻⁴⁸

Como beneficio adicional estas técnicas no necesitan de personal o material excesivo y están al alcance de los quirófanos convencionales. Se realiza a la salida de la cirugía principal, no requiere de más de 5 minutos, no poseen morbilidad o mortalidad, los cirujanos de la región de cabeza y cuello están muy familiarizados con la anatomía y pueden realizarla sin problemas posterior a una laringuectomía supraglótica, laringuectomía parcial, faringolaringuectomías parciales, resección de base de la lengua, hemilaringuectomía vertical y laringuectomías verticales.²⁷

La dirección y la posición de la cánula de la esofagostomía y la dirección subsecuente del trayecto, largo y por debajo del músculo cutáneo del cuello, nunca se traducirán en un problema para la cirugía principal a la cual han sido sometidos estos pacientes. Dicha dirección y posición aseguran un cierre sin pérdida salival una vez retirado el catéter.⁸⁻²²⁻²³⁻³⁵⁻⁴³

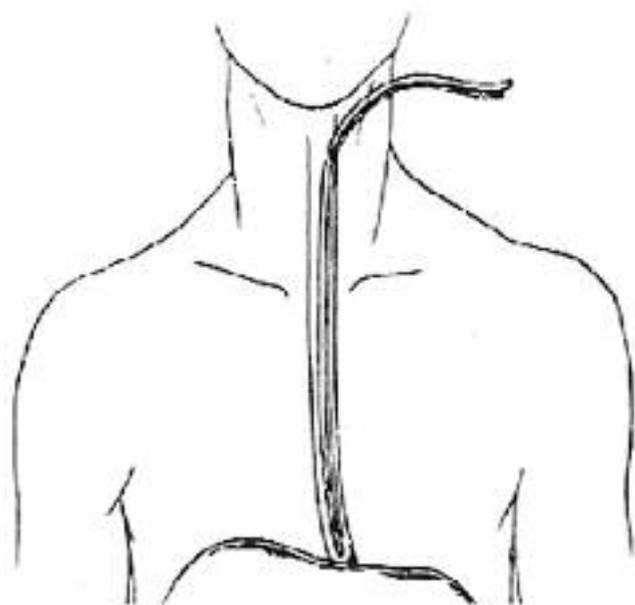


Fig. 1. Esofagostoma por punción: alimentación y descompresión.



Fig. 2. Incisión adecuada. Puede extenderse un poco hacia el manubrio esternal.

TÉCNICA ENDOSCÓPICA

En primer lugar se realiza una endoscopia y por transiluminación el cirujano identifica el esófago cervical realizando una técnica por punción o disección con una incisión mínima (Fig. 1).

Las indicaciones son las mismas que en la técnica por punción. No hay prácticamente complicaciones salvo hematomas y su manejo postoperatorio es muy fácil.

Esta técnica es eficaz para lo que ha sido creada: alimentación y descompresión. No sirve como protección o desfuncionalización del esófago inferior.

En postoperatorios de la región faringolaríngea con estómago conservado puede realizarse una gastrostomía percutánea o endoscópica. El esofagostoma con técnica endoscópica necesita el instrumental, endoscópico o radiológico en quirófano, requieren tiempo, experiencia y cooperación entre los diferentes servicios. Pasar un endoscopio por una región cervical operada requiere de mucho cuidado.²⁰⁻²¹⁻²³⁻³⁵

TÉCNICA QUIRÚRGICA

INCISIÓN

La incisión más usada es longitudinal preesternocleidomastoidea izquierda (Fig. 2). No es necesaria que ésta sea amplia, se puede implantar desde la altura del cartílago cricoides hasta el manubrio del esternón, incluso pasándolo un poco.¹⁸⁻⁴⁶

Una vez realizada la incisión se deben divulsionar los

planos cervicales de la región preesternocleidomastoidea, seccionando o no el músculo omohioideo según interfiera o no en la disección del esófago. Seccionar cuidando ligar las venas yugulares anteriores o tiroideas que se encuentren en la disección, utilizar en lo posible ligaduras finas. Es conveniente utilizar lo menos posible el electrobisturí, excepto que éste sea bipolar, con la intención de evitar el hematoma asfixiante postoperatorio. (Véase *abordaje cervical del esófago*, Cap. I-153)

Separar hacia delante la glándula tiroides y laringe.

La exploración debe ser en lo posible digital tomando como referencia la columna vertebral hacia atrás y la sonda nasogástrica hacia adelante, disecar con hisopo la región esofagotraqueal evitando lesionar las estructuras nerviosas y vasculares.⁴⁶

Una vez disecado el esófago montarlo en una sonda de tipo K 30 o similar. No es necesario disecarlo hacia proximal, es preferible hacerlo hacia distal. (Figs. 3 y 4)

Debe observarse prolijidad en las maniobras, delicada hemostasia, disección en el plano correcto y maniobras que no dañen el esófago y los tejidos circundantes ya sea montando el esófago sobre una sonda o sobre el dedo. Hacia abajo se observa el músculo esternocleidomastoideo, hacia arriba los músculos pretiroideos. El esófago cervical con disección correcta llega perfectamente hasta la piel.⁴⁶



Fig. 3. Incisión cervical izquierda siguiendo el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. El esófago ha sido liberado y llevado a la superficie.



Fig. 4. Realización del esofagostoma. Esófago montado con un tubo de látex. En la parte inferior se observa el músculo esternocleidomastoideo y en la parte superior músculos pretiroideos.

ESOFAGOSTOMA TERMINAL

Se secciona totalmente el esófago a nivel cervical, con resección de resto del esófago si esto es necesario, se sutura y fija a los planos musculares la porción distal del esófago.

La porción proximal se sutura a la piel a través de la misma incisión o una nueva. Si el esofagostoma es temporario se deben tener en cuenta algunos aspectos de la reconstrucción. Si luego se realizará una esofagoplastia la sección del esófago debe ser lo más distal posible, si se realizará una esófago-esófago anastomosis término ter-

minal la sección debe ser por debajo del músculo cricofaríngeo, tratando de conservar de la mejor manera posible el esófago proximal y distal.

Si el esofagostoma se implanta en un traumatismo esofágico cervical se debe tratar en lo posible de realizarlo alejado de la zona afectada, incluso suturando el esófago proximal lesionado y dejando el esofagostoma distal a la sutura o implantar el esofagostoma en el nivel de la lesión si se traduce en una mejor conservación del esófago cervical.

Si la lesión es en el esófago cervical y no puede suturarse puede solucionarse el problema dejando un tubo de drenaje en T. Éste dirigirá la fístula. Se denomina técnica de Thorek.¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻³⁶⁻³⁷

Algunos autores proponen realizar el esofagostoma terminal, temporario o definitivo en la región preesternal para un mejor manejo de la bolsa colectora de saliva y secreciones dejando un esófago bien largo, lo que facilitaría la reconstrucción. Si bien en este caso la incisión es cervical luego se labra un túnel desde el manubrio esternal hasta la región preesternal practicando un orificio del tamaño del esófago y fijando el mismo con puntos separados.³⁷⁻⁴⁶⁻⁴⁹

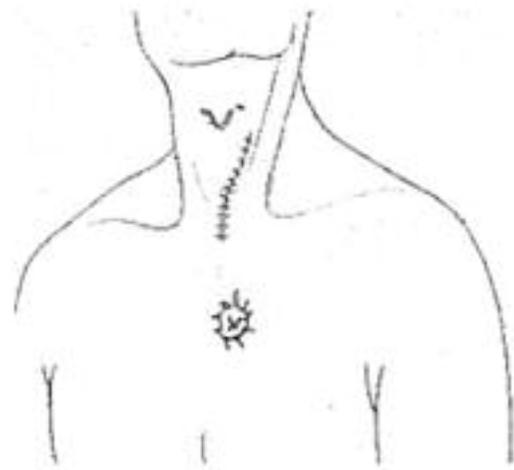


Fig. 5. Esofagostoma torácico anterior

Otros autores proponen para las lesiones del esófago torácico, la utilización de engrapadoras con agrafes reabsorbibles ubicándolos a nivel cervical y abdominal sin necesidad de seccionar el esófago, realizando un esofagostoma lateral o Terminal cervical (proximal al engrapado), engrapado abdominal, gastrostomía y yeyunos-tomía. Drenaje del mediastino por vía abdominal o torácica según la evaluación del cirujano. Esta técnica deja al esófago medio excluido y drenado, teóricamente entre 7

y 15 días el esófago se reepitealiza, hay escasos casos publicados. Aún debe ser evaluada cuidadosamente esta conducta.²⁻³⁻⁴⁻²⁴

ESOFAGOSTOMA LATERAL QUIRÚRGICO

Una forma de realizar un esofagostoma lateral es por punción con técnica de Seldinger, con la ayuda de un endoscopio, de una ecografía, o a ciegas punzando un balón. La indicación habitual es para alimentación.

Pero cuando el cirujano desea desfuncionalizar el esófago distal el esofagostoma lateral temporal es la técnica más adecuada. La vía de abordaje y la disección cervical y esofágica ya ha sido comentada.

Una vez que el cirujano posee el esófago montado en su dedo o sobre una varilla (Fig. 6) se procede de la siguiente manera: en la parte distal de esófago se practica una ligadura con una seda o similar bien gruesa, dejando los cabos largos para facilitar su extracción. No ceñirla muy fuerte porque secciona el esófago, bien ajus-

tada para que no pase saliva, puede dejarse una varilla por debajo del esófago (como una ileostomía sobre varilla), se secciona la cara anterior del esófago y se aplican unos puntos hemostáticos y de fijación a la piel con el cierre de la cervicotomía. Si se dejó la varilla debe retirarse en 24 o 48 hs. Durante el tiempo que sea necesario se deja la ligadura distal del esófago, aproximadamente entre el quinto y el séptimo día puede retirarse, para hacerlo se tracciona de los cabos dejados previamente largos que sobresalen de la herida y se secciona el hilo (Fig. 8). Con maniobras digitales suaves pero firmes se dilata el esófago hacia distal y proximal tratando de rectificarlo y dilatarlo si es que lo necesita. No se necesita reoperar al paciente para reconstruir el tránsito a nivel cervical. Se comporta como una fístula esofágica cervical lateral y cierra en poco tiempo. (Ferro y col. 2004).¹⁸

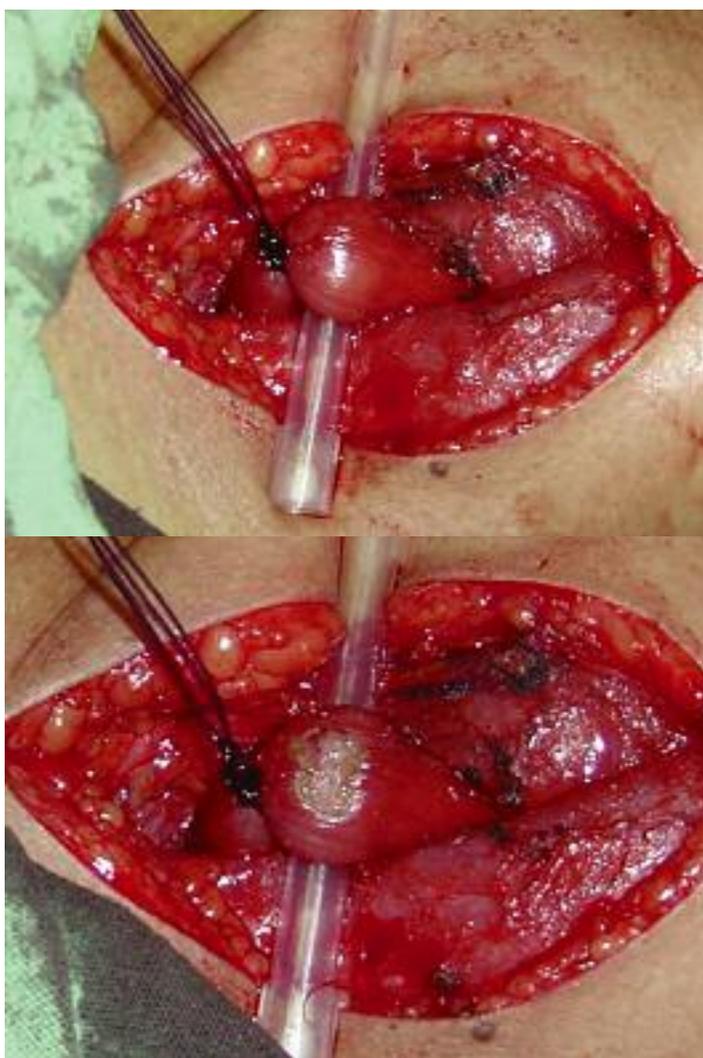


Fig. 6. Esofagostoma lateral que funciona como terminal. A) Esófago cervical exteriorizado y montado sobre una varilla. En la parte distal se ha efectuado una ligadura manteniéndose los chicotes del hilo largos. B) Apertura del esófago.



Fig. 7. Un paciente con una incisión mucho menor, luego de retirada la varilla.



Fig. 8. Foto de un paciente al cual se le extrae el punto que ceñía el esófago. Se tracciona de los cabos y se corta el hilo. Luego se realiza exploración digital de los cabos por dentro de la luz esofágica para dilatar las probables estrecheces.



Fig. 9. Otro paciente luego de la curación completa.

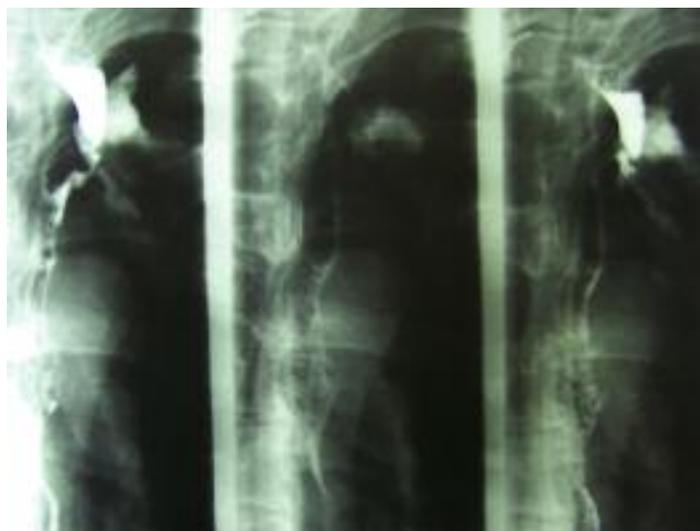


Fig. 10. Imágenes radiológicas tomadas posteriormente a la extracción del punto donde se observa una ligera desviación del esófago.

Una variante técnica es la colocación de una sonda de Foley a través de una incisión lateral en esófago cervical, con orificios de drenaje por arriba y por debajo del balón que al inflarlo impide la progresión de los fluidos hacia el esófago distal. Los orificios proximales recolectan las secreciones salivales y los distales las esofágicas.³⁸⁻³⁹

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

Se debe cuidar de no dañar la cara posterior de la tráquea. Para ello las maniobras deben ser digitales o con un hisopo, siempre pegado al esófago. Las primeras maniobras deben ser sobre la columna vertebral, si es posible con una sonda nasogástrica colocada por lo menos a la altura donde estamos trabajando. En cuellos gordos y cortos la sonda es de gran ayuda.⁴⁶

Es muy importante evitar el nervio vago y sus ramas laríngeas, el nervio recurrente y el laríngeo superior. La mejor forma de no lesionarlos es saber por donde transcurren y evitar la disección de esas zonas. Con las maniobras se debe estar siempre pegado al esófago. Hay situaciones, generalmente en traumatismos, donde hay que tener sumo cuidado. El nervio facial no debería lesionarse nunca en el transcurso de la confección un esofagostoma. Éste puede ocurrir cuando la incisión se realice exageradamente alta y se lesionan las ramas mas inferiores que inervan la parte baja de la cara y la motilidad del labio inferior. Se previene realizando incisiones bajas, aconsejamos desde la zona media a la altura del cartílago cricoides hacia el manubrio esternal.

El nervio laríngeo superior se halla en posición profunda en relación a la bifurcación carotídea y se dirige hacia la laringe debajo de la arteria tiroidea superior. La rama externa, en muy estrecha relación con la arteria mencionada, inerva los músculos cricofaríngeo y constrictor de la faringe, su sección produce disminución del volumen y del tono de la voz. La rama interna esta ligeramente arriba de la arteria tiroidea superior y penetra en la laringe dando inervación sensorial a la laringe y la epiglotis, su lesión produce alteraciones en la deglución, el paciente se aspira líquidos y saliva. A veces se necesita la confección de una traqueostomía para prevenir la neumonía por aspiración, la mayoría de las veces el paciente para tragar debe hacer una flexión de la cabeza hacia delante, llevando la barbilla hacia el pecho. En general hay recuperación espontánea con el tiempo, otras veces los síntomas son muy severos y debe seccionarse el músculo cricofaríngeo. Se recomienda que si la lesión se identifica durante el acto quirúrgico en ese momento se seccione el músculo cricofaríngeo.

En la lesión del nervio laríngeo recurrente pueden observarse distintos grados de parálisis de cuerdas vocales, en nuestro caso sería de un solo lado por lo que no ocasionaría obstrucción al flujo del aire, solo altera la voz por parálisis cordal.

Con respecto a las hemorragias se previenen haciendo la hemostasia bajo ligaduras. Es raro el daño accidental de grandes vasos durante la confección de un esofagostoma, pero cuando se accede al esófago cervical durante un traumatismo penetrante ya hay lesiones vasculares, éstas deben repararse primero, luego se trabajará sobre el

esófago y se decidirá la confección o no de un esofagostoma. Los hematomas cervicales pueden causar compresión y obstruir la vía aérea causando asfixia.

Solo debe repararse una lesión carotídea, el resto de las lesiones vasculares pueden solucionarse ligando el vaso.

Evitar la disección proximal del esófago pues se pueden producir lesiones de faringe, parótida incluso del piso de la boca. Es importante identificarlas durante la cirugía y repararla.

No extenderse en la disección entre el esófago y la tráquea, es muy fácil lesionarla.¹³

Tener presente que los conductos linfáticos son muy difíciles de observarse, por lo tanto evitar la unión entre la yugular y la subclavia, se lesionará el conducto torácico o ramas cervicales importantes que bajan muy pegadas a la vena yugular izquierda. El conducto torácico hace un cayado por detrás de la carótida y busca la confluencia venosa yugulo subclavia.

Otra complicación intraoperatoria que puede presentarse es el neumotórax y neumomediastino. Puede producirse por lesión pleural o a través del mediastino. Si esta situación es diagnosticada y tratada con el avenamiento pleural correspondiente no hay habitualmente problemas, pero si pasa inadvertida puede producirse un neumotórax a tensión o hipertensivo.

Las embolias gaseosas pueden producirse cuando se lesionan grandes venas.¹¹⁻¹⁴⁻¹⁵⁻⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸⁻⁴⁹

CIERRE DEL ESOFAGOSTOMA

Si se optó por las técnicas percutáneas, al retirar el catéter luego de un período de varios días la fístula cervical cierra sola.¹⁶⁻²⁰⁻³⁶

Si se utilizó la técnica del esofagostoma lateral sin sección del esófago, luego de retirar el hilo que ceñía el esófago y confirmar con un tacto hacia arriba y hacia abajo que no hay estenosis y observar que el esófago quede en una posición medial, la fístula cierra también en pocos días.¹⁸ (Figs. 7 a 10).

En el esofagostoma terminal pueden suceder varios inconvenientes. Si hubo una resección del esófago lo mejor es optar por una esofagoplastia, en general con estómago como reemplazo (Ver I-189). Si se dejó un esófago cervical largo, en la región preesternal, no habrá problemas con la anastomosis. Pero sí el cirujano actuante durante el esofagostoma dejó un esófago proximal corto la anastomosis llegará a tensión, además durante la disección se lesionarán mecanismos que actúan en la deglución ya mencionados.⁴²⁻⁴⁹

Si el cirujano actuante fue muy cuidadoso en la disección y sección del esófago cervical, dejó la parte distal cerca de la proximal y fija a los tejidos, la reconstrucción puede realizarse con una anastomosis esofágica termino terminal. Difícil, pero puede hacerse prolija, en dos planos, mucoso

submucoso y otro externo o en un plano, con mononylon fino 5/0, preferiblemente con puntos separados. Esta cirugía no esta exenta de complicaciones.⁴²⁻⁴⁷

Se debe tener en cuenta que estos pacientes se presentan luego de sobrevivir de una complicación muy importante y que solo entre el 60 y 70 % llegan a reconstruirse. Es importante facilitar o dejar en condiciones el esofagostoma para su reconstrucción. Si es factible es preferible dejar un esofagostoma lateral funcionando como terminal.

Algunos cirujanos cuando hay una pérdida importante de 4 o 5 cm. de esófago cervical optan por un tubo de piel para el reemplazo esofágico (técnica de Wookey) es una técnica difícil y puede llevar varios pasos quirúrgicos. Otros optan por un reemplazo con intestino delgado con anastomosis microvascular. Ambas técnicas requieren de equipos médicos e instrumental adecuados.⁹⁻⁴⁷⁻⁴⁸

Algunos autores han propuesto la utilización de tubos ajustables o no para tutorizar la anastomosis y permitir la alimentación precoz, algunos de estos tubos son reabsorbibles otros deben ser retirados.¹⁹⁻⁴²

Es muy importante cuando se confecciona un esofagostoma cervical pensar que luego debe haber una reconstrucción y elegir la técnica adecuada.¹¹⁻⁴⁹

COMPLICACIONES Y MANEJO POSTOPERATORIOS

La esofagostomía no está exenta de complicaciones. Tener en cuenta que habitualmente no se recanalizan todos los pacientes a los cuales se les realizó una esofagostomía. Si está fue a cabos separados se reconstruyen entre el 60 y 70% de los pacientes.⁴⁵

Las complicaciones que pueden observarse son: aspiración de la vía aérea, obstrucción de la vía aérea, hemorragias, hematomas, hematoma sofocante, enfisema subcutáneo, neumomediastino, neumotórax, fístulas de linfa y quilo, edema de cuello, infecciones de diferentes grados, lesión de los nervios periféricos, necrosis de los colgajos de la cervicotomía.⁴⁸

Todas éstas complicaciones se pueden prevenir desde el comienzo de la cirugía, ya hemos relatado los cuidados que hay que tener.¹¹

COMPLICACIONES INMEDIATAS

El hematoma asfixiante es una de las complicaciones inmediatas y debe resolverse abriendo la herida rápidamente, lavar profusamente, ubicar el vaso sangrante y ligarlo. Todos los vasos venosos pueden ligarse sin problemas. La arteria carótida es el único vaso que debe tratar de repararse.

El neumotórax o neumomediastino puede también producirse en esta etapa, pero en general puede haber pasado inadvertido luego de la cirugía. Debe colocarse un avenamiento pleural.

El laringoespasma y la aspiración mucosa deben siempre ser tenida en cuenta. Se presenta sobre todo cuando se trabaja en la zona faringolaringoesofágica, por eso recomendamos siempre la disección del esófago cervical inferior. En caso de presentarse edema o laringoespasma debe observarse los signos y síntomas de asfixia, dificultad en el paso del aire, ansiedad, ronquera, estridor laríngeo, taquicardia, dificultad respiratoria. No esperar a que el paciente tenga cianosis para comenzar el tratamiento.¹¹ Cuando el esofagostoma se asoció a una cirugía de la región de cabeza y cuello es preferible dejar una traqueostomía profiláctica a realizar una de urgencia.⁵⁻⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸

COMPLICACIONES MEDIATAS

Abscesos e infecciones de la herida con posterior hemorragia son complicaciones raras luego de un esofagostoma, pero pueden presentarse luego de la extracción de objetos impactados, como dentaduras, donde ya hay una infección en los tejidos, y a posteriori se presenta un absceso. También puede deberse a heridas inadvertidas del esófago cervical. Es importante además de la antibióticoprofilaxis manejar los tejidos con delicadeza, prolija hemostasia, obliterar los espacios muertos y utilizar drenajes adecuados.

Se deben drenar todos los abscesos superficiales y profundos porque pueden evolucionar hacia una cervicomediatinitis descendente. Dejar láminas de goma y/o drenajes.

Las mediastinitis o cervicomediatinitis se deben a que el esófago se encuentra en el plano profundo del cuello y para acceder a él se abre la aponeurosis profunda, ésta es la vía por la cual las infecciones cervicales llegan al mediastino. Situación infrecuente y grave.

En caso de infecciones superficiales basta con curaciones de la herida, limpiado del exudado purulento, aplicaciones húmedas tibias y el empleo de antibióticos según la sensibilidad del germen. El exudado, eritema y edema desaparecen rápidamente.

Una secreción profusa acuosa o grasosa da la pauta de una lesión del conducto torácico o sus ramas cervicales importantes. Puede producirse también un quilotórax. Se debe suspender la ingesta, implementar alimentación parenteral, aplicar curaciones compresivas y observar la evolución. Si ésta no disminuye con las medidas adoptadas debe reexplorarse la zona y ligar los conductos linfáticos lesionados. Una forma de ponerlos en evidencia es darle al paciente una dieta rica en grasas a base de crema.

En cuanto a las fistulas se deben drenar si existe infección, si el drenaje es adecuado, se debe esperar, alimentar por boca o sonda fina. La mayor parte de las fistulas cierran solas. Pueden aparecer luego del cierre del esofagostoma terminal.

Las necrosis cutáneas son rarísimas en este tipo de cirugías, pueden presentarse por quemaduras producidas por el electrocauterio, piel irradiada y colgajos muy exagerados. Si la piel está irradiada emplazar la incisión sobre el músculo esternocleidomastoideo, trabajar sobre el esófago y tratar que el cierre de la piel queda en otra área, si se esfacela o se produce necrosis no quedan expuestos el esófago o el paquete vascular.

Un párrafo aparte merece la consideración de una traqueostomía, ésta puede confeccionarse como tratamiento a una indicación específica o profiláctica. Las indicaciones más frecuentes luego de la confección de un esofagostoma son la obstrucción de la vía aérea, de causas operatorias o no, infecciones laríngeas específicas, abscesos o infección de los tejidos del cuello alrededor de la laringe, traumatismos cervicales, edema u obstrucción de la laringe. La traqueostomía es una técnica sencilla cuando el paciente está anestesiado con el tubo endotraqueal colocado o transformarse en extremadamente difícil cuando las dificultades se multiplican (anestesia local, paciente excitado, urgencia por obstrucción, tejido cicatrizal sobre la traquea, falta de elementos adecuados, aspiración etc.). Es necesario determinar en el acto operatorio la necesidad o no de realizar una traqueostomía.⁵

COMPLICACIONES TARDÍAS

La estenosis puede observarse luego de las reconstrucciones, en general evolucionan favorablemente con las dilataciones ya sean neumáticas o con bujías rígidas de Savary, en general deben realizarse varias.

La disfagia puede deberse a varios mecanismos en general a una estenosis, si se debe a mecanismos de lesión nerviosa o por una reconstrucción muy alta su solución es muy difícil.

La desviación del eje esofágico no es causa de síntomas, con el tiempo se va enderezando y las pequeñas molestias ceden.

Las alteraciones de la voz pueden ser reversibles o no de acuerdo al nervio lesionado y a la cantidad de las fibras lesionadas, en general los pacientes mejoran bastante con el tiempo y la reeducación foniatría pero siempre queda con una secuela irreversible.

Las dificultades respiratorias y la aspiración son una complicación que en general se expresan en el postoperatorio inmediato, se pueden deber a lesiones nerviosas o al postoperatorio en sí por edema, tracción de los nervios, inflamación, infección, si pasado un tiempo pru-

dencial estos episodios no han revertido y se han presentado neumopatías por aspiración a veces éstos pacientes quedan con una traqueostomía definitiva. No es una complicación específica del esofagostoma seguramente es por las lesiones asociadas o sus complicaciones que ha desarrollado el paciente durante el transcurso de su enfermedad y cirugías.

La imposibilidad de reconstrucción del tránsito digestivo es una complicación que pueden tener algunos pacientes ya hemos comentado que un 30 a 40% de los pacientes no llegan a reconstruirse.

Un grupo de paciente queda con las incapacidades, secuelas o complicaciones de las reconstrucciones del

tránsito digestivo (esofaguectomía, gastroplastias, coloplastias, injertos microvasculares de intestino delgado, toracotomías y laparotomías frecuentes) éstas complicaciones no son específicas del esofagostoma pero sí se presentan en los pacientes que la han necesitado.

Para finalizar el tema de las complicaciones debemos advertir que es necesario conocer a fondo la anatomía cervical, para no agregar complicaciones iatrogénicas a las ya existentes por la enfermedad y disminuir las obligadas por el método quirúrgico consideradas como necesarias y aceptadas, tratando de disminuir las secuelas por medio de una correcta táctica y técnica quirúrgica.⁵⁻⁴⁷⁻⁴⁸⁻⁴⁹

BIBLIOGRAFÍA

1. ADEGBOYE VO, BRIMMO IA, ADEBO OA, SINOWO O: Trans oral irrigation for the management of cervical esophagogastric anastomotic leak. *Afr. J. med. Med. Sci.* 2002; 31 (1): 5-8.
2. ASSENS P, SARFATI E, GUILLAUME M, CELERIER M: Uni or bipolar temporary exclusion of the esophagus by stapling. A simple technique, not damaging to the esophagus.. *Press Med.* 1984; 10; 13 (40), 2449-51.
3. BALLESTEROS ME, ALEJANDRE SE, MAFFEI DM, ABÁSULO E, GROSSO: Manejo y categorización de las lesiones traumáticas de esófago. *Rev. Argent. Cirug.* 1997; 73: 185-192.
4. BARDINI R, BONAVINA L, PAVANELLO M, PERACHIA A: Temporary double exclusion of the perforated esophagus using absorbable staples. *Ann. Thorac. Surg.* 1992; 54: 1165-7.
5. BEHRS OH: Complicaciones de cirugía de cabeza y cuello. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.* 1977; ago: 825
6. BLAIR SR, GRAEBER GM, CRUZZAVALA JL, GUSTAFSON RA, HILL RC, WARDEN HE, MURRIA GE: Current management of esophageal impactions. *Chest.* 1993; 104 (4): 1205-9.
7. BREWER LA, CARTER R, MULDER GA. y col.: Options in the management of perforations of the esophagus. *Am. J. Surg* 1986; 152: 62.
8. BUCKLIN DL, GILDORG RB: Percutaneous needle pharyngostomy. *J.P.E.N.* 1985; 9: 68-70.
9. CARUSO ES, VASALLO BC, FIGARI MF: Utilización del colgajo de músculo esternocleidomastoideo en el reparación de lesiones simultáneas de tráquea y esófago. *Rev Argent Cirug* 1991; 60: 238-242.
10. CHUA YKD, SEE JY, TI TK: Oesophageal impacted denture requiring open surgery. *Singapore Med J* 2006; 47 (9): 820-21.11- COLEMAN JJ: Complicaciones de la cirugía de cabeza y cuello. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.* 1986; 1: 155.
12. COLOSANTO JM., PROSAD P, NASH MA, DECKER RH, WILSON LD: Nutritional support of patients undergoing radiation therapy for head and neck cancer. *Cancer.* 2005, March, 1.
13. DE CASTRO G, IRIBARREN M, RIVO E, MELENDEZ R, NOVOA E, CAÑIZARES M, GIL: Fístula traqueoesofágica en paciente intubado: tratamiento mediante exclusión y patch esofágico. *Cirugía española.* 14- DE GRACIA AF y col.: Resultados del tratamiento quirúrgico de las lesiones penetrantes del cuello. *Rev. Argent. Cirug.* 1997; 73: 30-40.
15. DE GRACIA AF: Traumatismos Cervicales. Premio Sociedad Argentina de Patología de Urgencia. Diciembre del 2003.
16. DE GRACIA A.F: Comunicación personal: Técnica de Thorek. 2007.
17. DEVITT CM., SEIM HB: Clinical evaluation of tube esophagostomy in small animals. *J. Am. Anim. Hosp. Assoc.* 1997, 33 (1): 55-60.
18. FERRO DL y col.: Esofagostomía cervical: nueva variante técnica. *Rev. Argent. Cirug.* 2004. Número extraordinario. 75º Congreso Argentino de Cirugía.
19. HAN XW, LI YD, WU G, LI MH, MA XX: New covered mushroom shaped metallic stent for managing anastomotic leak after esophagogastrostomy with a wide gastric tube. *Ann. Thorac. Surg.* 2006; 82: 702-6.
20. HAMIDON BB, ABDULLAH SA, ZAWAWI MF, SKUMAR MF, AMIMUKKIN A, RAYMOND AA: A prospective comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with acute dysphagic stroke. *Med. J. Malaysia.* 2006; 61 (1): 59-66.
21. HAR-EL G.: Ten year experience with cervical miniesophagostomy. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1999; 108 (12): 1111-4.
22. HAR-EL G., BALWALLY AN: Transcutaneous cervical miniesophagostomy. *Otolaryngol. Hed. Neck. Surg.* 1995, 113 (4), 387-92.
23. HIRAKI E, OICHI M, HIGAKI T, HAYATA Y: Old fashioned but modern tube cervical esophagostomy. *Am. J. Surg.* 2006; 192 (3): 385-7.

24. HOLZINGER F, METZGER A, BARRAS J, BAER H: Temporary exclusion of the perforated esophagus using a linear vascular stapler: a new surgical treatment. *Hepato-gastroenterology*. 1996; 43: 155-9.
25. IRELAND LM, HOHENHAUS AE, BROUSSARD JD, WEISSMAN B.L: A comparison of owner management and complications in 17 cats with esophagostomy and percutaneous endoscopic gastrostomy feeding tube. *Am. Anim. Hosp. Assoc.* 2003; 39: 241-246.
26. JEEN YT, CHUN HJ, SONG CW, UM SH, LEE., CHOI JH., DIM., RYU HS, HYUN JH: Endoscopic removal of sharp foreign bodies impacted in the esophagus. *Endoscopy* 2001; 33 (6): 518-22.
27. JONES TM, BODENHAM AR: Percutaneous cervical pharyngostomy: a traditional technique revisited. *Anaesthesia*. 2005; 60 (10): 1031-5.
28. KLOPP CT: Cervical esophagostomy. *J. Thorac. Surg.*: 1951; 21: 490-491.
29. LIM L, MAMUN K: Role of nasogastric tube in preventing aspiration pneumonia in patients with dysphagia. *Singapore Med. J.* 2005, 46 (11): 627-631.
30. MACK LA, PEREIRA J, TEMPLE WJ: Decompressive tube esophagostomy: a forgotten palliative procedure? *J. Palliative Med.* 2004, 7 (2): 265-7.
31. MAKIDON P: Esophagostomy Tube placement in the anorectic rabbit. 2005, 1, 34 (8): 33-6.
32. MECKHAIL T.M, ADELSTEIN D.J, RYBICKI, L.A, LARTO, M.A, SAXTON, JP, LAVERTU P: Enteral nutrition during the treatment of head and neck carcinoma: is a percutaneous endoscopic gastrostomy tube preferable to a nasogastric tube? *Cancer*. 2001; 91 (9), 1785-90.
33. NWAFO DC, ANYANWU CH, AGBUE MO: Impacted esophageal foreign bodies of dental origin. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1980; 89: 129-31.
34. NWAORGU OG, ONAKOYA PA, SOGEBI OA, KOKONFG DD, DOSUMU OO: Esophageal impacted dentures. *J. Natl. med. Assoc.* 2004; 96 (10): 1350-3.
35. OISHI, H, SHINDO H, SHIROTANI N, KAMEOKA S: A nonsurgical technique to create an esophagostomy for difficult cases of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Surg. Endosc.* 2003; 17: 8.
36. OJIMA H, KUWANO H, SASAKI S, FUJISAWA T, ISHIBASHI Y: Successful late management of spontaneous esophageal rupture using a tube miastinoabdominal drainage. *Am. J. Surg.* 2001; 182 (2), 192-6.
37. PEREZ PETIT E.M, ESKENAZI DE, CHURRUARRIN G, FERRO DL, PADILLA JJ, DE GRACIA AF, GÓMEZ MA: Nuestra conducta en los traumatismos penetrantes de cuello. *Rev. Argent. Cirug.* 1993; 65: 99-100.
38. PINOTTI HW, ELLENBORGEN G, GAMA RODRIGUEZ JJ, ZILBERSTEIN B, RAI A: Lateral deviation esophagostomy. New simplified technical procedure. *Acta Gastroent. Lat. Amer.* 1982; 12: 135-141.
39. RIGBERG DA, CENTENO JM, BLINDAN TA, TOWFIGH S, MCFADDEN DW: Two decades of cervical esophagostomy: indications and outcomes. *Am. Surg.* 1998, 64 (10): 939-41.
40. SALETA JD, FOLK FA, FREEARK RJ: Traumatismos de la región del cuello. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de cabeza y cuello.* 1973. Feb: 73.
41. SEINELDIN S, CAPITAINE FUNES CG, BROGLIATTI M, GODOY G: Perforación y ruptura del esófago. *Rev. Argent. Cirug.* 1998; 75: 248-255.
42. SMEAL DM, CAMPBELL D, MANDERS EK: Repositioning the stoma of the cervical esophagostomy. *Ann. Plast. Surg.* 1996; 37 (5): 556-60.
43. TUCKER HM, BRONIATOWSKI M, CHASE S: Tube esophagostomy. A new technique in the management of long term swallowing disorders. *Arch otolaryngol.* 1985; 111 (3): 187-9.
44. VANEK VW: Ins and outs enteral access. *Nutr. Clin. Pract.* 2003, 18 (1): 50-74.
45. WARREN ED, SIMMONOWITZ D: Experiencias en el tratamiento quirúrgico de lesiones penetrantes de cuello. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de cabeza y cuello.* 1973. Feb: 87.
46. WISE RA, BAKER HW: *Cirugía de cabeza y cuello. Interamericana.*
47. WOODS JE, BEAHR OH: *Cirugía de cabeza y cuello. Primera parte. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.* 1977. Jun: 475-631.
48. ZAREM HA: Tratamiento de las complicaciones en la cirugía de cabeza y cuello. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de cabeza y cuello.* 1973. Feb: 191.
49. ZUIDEMA GD, YEO CJ: Shackelford. *Cirugía del aparato digestivo.* 5ta ed. Bs. As. Panamericana, 2005. vol. 1. Coeditores Orringer MB, Heitmiller R.