SECCION ONCOLOGICA

Esofaguectomía por cáncer esofágico con exclusión de la localización cardial. Análisis de 40 casos

J.L. Hernández Lizoáin* / G. Zornoza* / A. Chamorro* / A. Ahenke* / M. Albiach* / J. Voltas*

RESUMEN

Se estudian 40 enfermos con resección esofágica por cáncer esofágico, excluido la localización cardial, 34 fueron carcinomas escamosos y 6 adenocarcinomas. El tumor se localizó en esófago cervical en un caso y en el resto en esófago torácico, 2 en tercio superior, 25 en el medio y 12 en el interior.

Se han efectuado 11 esofaguectomías totales (7 Akiyamas, 4 resecciones trashiatales). De los 29 esofaguectomías subtotales 24 lo fueron según técnica de Lewis y 5 mediante tracotomía izquierda.

Las plastias se confeccionaron con estómago en 33 ocasiones, 6 con colon y uno con yeyuno.

Complicaciones se han detectado en el 52,5 % de los enfermos, siendo las más frecuentes las pleuro-pulmonares. Dehiscencia de sutura en 5 casos (4 con sutura manual). La mortalidad operatoria fue del 5 % y la supervivencia actuarial a los 5 años del 28,4 %.

Introducción

El cáncer de esófago ocupa el séptimo lugar en la incidencia de enfermedades malignas, habiéndose incrementado en España, de una forma notable, la mortalidad por esta causa, desde 1951 hasta 1983, como lo testifican los estudios epidemiológicos de Martí y cols. [16].

Por otro lado, la actitud frente a esta enfermedad, ha ido variando con los años, sobre todo debido a las mejoras experimentadas en los cuidados durante y después de la cirugía. De ahí, que el índice de resecciones esofágicas haya presentado un incremento notable en los últimos años, con una disminución de la morbi-mortalidad post-operatoria.

El motivo del presente estudio es analizar la experiencia sobre 40 resecciones esofágicas, por cáncer de esófago, excluido de la casuística los carcinomas de cardias.

Análisis de la serie

Se estudian 40 enfermos portadores de un carcinoma de esófago a los cuales se les practicó resección esofágica. Han sido excluidos del estudio los carcinomas de la unión esófago-gástrica. La edad media ha sido 58,7 años, con un máximo de 79 y un mínimo de 39 años, 36 varones y 4 mujeres. El motivo de consulta, en la mayoría de los casos, fue la disfagia (75 %), seguido por el dolor (25 %) y la hemorragia (2,5 %). El tiempo de demora transcurrido entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico fue de 10,6 meses. En el 20 % de los pacientes existían antecedentes familiares de enfermedad maligna, siendo en la mitad de los casos de localización digestiva.

Dentro del capítulo de los factores predisponentes, hay que destacar como los más frecuentes los fumadores y bebedores (más del 50 %) (Tabla I).

La efectividad de los diferentes medios diagnósticos viene expresada en la

Tabla I. FACTORES PREDISPONENTES

	N	%
Bebedor	2	5
Fumador	3	7,5
Bebedor y fumador	18	45
Esófago de Barret	2	5
Achalasia	1	2,5
	26	65

Tabla II.

Medios diagnósticos	*Benigno*	*Sospechoso*	*Maligno*
Radiología	79,4 %	17,6 %	2,9 %
Endoscopia	87,5 %	5,0%	7,5 %
Citología	86,1 %	2,8 %	11,1 %
Biopsia	94,9 %	0,0 %	5,1 %

* Dpto de Cirugía General y Digestiva. Clínica Universitaria, Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

Tabla III. LOCALIZACION DEL TUMOR

	N	%
Esófago CERVICAL	1	2,5
Esófago TORACICO		
Tercio Superior	2	5
Tercio Medio	25	62,5
Tercio Inferior	12	30

Tabla IV. TIPO INTERVENCION Y LOCALIZACION DEL TUMOR

Intervención	*Cervical*	*T. Superior*	*T. Medio*	*T. Inferior*
Akiyama	—	2-100 %	5-20 %	—
Lewis	—	—	19-76 %	5-41,6 %
Transhiatal	1-100 %	—	1-4 %	2-16,6 %
Toracotomía izda.	—	—	—	5-41,6 %

Tabla V. CLASIFICACION TNM (AJCSERR,1983)

Tamaño tumor	N	%	*Ganglios*	N	%
Tis	0	0	Nx	4	10
T0	6	15	N0	18	45
T1	6	15	N1	12	30
T2	5	12,5	N2	5	12,5
T3	23	57,5	N3	1	2,5

Metástasis	N	%	*Estadio*	N	%
M0	37	92,5	EI	8	20
M1	3	7,5	EII	1	2,5
			EIII	28	70
			EIV	3	7,5

Tabla VI. CLASIFICACION DE SKINNER

Grado de penetración de la pared	N	%
W-0	8	20
W-1	5	12,5
W-2	27	67,5

Estado ganglionar	N	%
N-0	23	57,5
N-1	11	27,5
N-2	6	15

Tabla II. En cuanto a la localización del tumor, el lugar más frecuente correspondía al tercio medio (62,5 %) seguido por el tercio inferior (30,0 %) y superior (7,5 %) (Tabla III).

Se confirmó la invasión extra-esofogágica en tres casos, dos de ellos en el preoperatorio mediante T.A.C., afectando a pared torácica, nervio recurrente izquierdo e hígado.

Los tipos de resección efectuados, de forma global y dependiendo de la localización del tumor, se expresan en la Tabla IV. Las plastias han sido confeccionadas en 33 casos con estómago, en 6 con colon y en uno con yeyuno. La ubicación de las plastias tuvo lugar en 36 enfermos en mediastino posterior, 3 en subcutáneo y uno en posición retroesternal.

Desde el punto de vista histológico, 34 carcinomas fueron epidermoides y 6 adenocarcinomas. Respecto al grado de diferenciación del tumor, 39 % eran bien diferenciados, 28 % medianamente diferenciados y 32 % indiferenciados.

La clasificación TNM patológica se expresa en la Tabla V. Se han considerado como Nx, a los cuatro enfermos intervenidos mediante resección esofágica transhiatal.

La clasificación dependiendo del grado de penetración del tumor en la pared y el número de ganglios invadidos según los criterios de Skinner, se recoge en la Tabla VI.

Invasión del borde de resección proximal tuvo lugar en cinco casos, cuatro de ellos cuando se empleó la técnica de Lewis, y uno con toracofreno-laparotomía izquierda. En cuatro ocasiones el tumor se localizaba en el tercio inferior de esófago y en otro en tercio medio torácico.

Complicaciones se han detectado en el 52,5 % de los enfermos, siendo las más frecuentes, las pleuro-pulmonares (35 % de los enfermos). Dehiscencia de sutura se encontró en cinco casos, 4 de ellos cuando la sutura se realizó manualmente y uno con sutura mecánica. Dos dehiscencias tuvieron lugar con coloplastias y tres con gastroplastias. La mayoría de las dehiscencias aparecieron en el cuello (3 Akiyamas y 1 transhiatal), y en un caso en el tórax (Tabla VII).

En un enfermo, se presentó necrosis del injerto colónico (se considera dentro del grupo de dehiscencia). Siendo necesario para el restablecimiento del tránsito, efectuar un doble injerto yeyunal, pediculado y libre.

La mortalidad hospitalaria ha sido del 5 %, y el tiempo medio de estancia hospitalaria de 26,7 días, con un mínimo de 10 y un máximo de 130 días.

Tratamiento complementario preoperatorio recibieron 12 enfermos, a base de quimioterapia sensibilizante y radioterapia. Tratamiento post-operatorio con radioterapia sólo 9, con quimioterapia 5 y con radio y quimioterapia 7 (21 enfermos).

Recidiva de la disfagia se ha presentado en cuatro enfermos de los 38 que sobrevivieron a la intervención (10,5 %). El motivo de la disfagia ha sido, en todos ellos, por estenosis de la anastomosis esófago-gástrica, habiéndose utilizado la pistola EEA para la sutura. Todos los enfermos se solucionaron con dilataciones esofágicas bajo control endoscópico.

Recidiva tumoral se evidenció en 26 enfermos (68,4 %); 10 (26,3 %) fueron recidivas locales y 16 (42,1 %) a distancia. El tiempo medio transcurrido entre la intervención y la recidiva fue de 11,7 meses.

La supervivencia media ha sido de 21,07 meses, con una supervivencia

Tabla VII.

Complicaciones	*Akiyama*	*Lewis*	*Transhia*	*Toraxizdo*	*Total*
N. Casos	7	24	4	5	40
Pulmonares	2	9	—	3	14
Infección pared	—	2	—	—	2
Dehiscencia	3	1	1	—	5
	5-71 %	12-50 %	1-25 %	3-60 %	21-52 %

SIGMA: BASE DE DATOS BIOESTADISTICA Fichero: TIO

ANALISIS DE SUPERVIVENCIA: SUPERVIVEN / ESTADOACTU

LIM. INF.	LIM. SUP.	EXPUESTOS	PROP. MUERT.	PROP. VIVOS	SUPER ACUM.	ERR. EST.
0	6	16,5	0,12121	0,87879	1	0
6	12	12,5	0,16	0,84	0,87879	0,080348
12	18	8,5	0	1	0,73818	0,1134
18	24	8	0	1	0,73818	0,1134
24	30	8	0,125	0,875	0,73818	0,1134
30	36	6,5	0	1	0,64591	0,13151
36	42	6	0,16667	0,83333	0,64591	0,13151

VID 101;102/85 = 2

SIGMA: BASE DE DATOS BIOESTADISTICA Fichero: TIO

ANALISIS DE SUPERVIVENCIA: SUPERVIVEN / ESTADOACTU

LIM. INF.	LIM. SUP.	EXPUESTOS	PROP. MUERT.	PROP. VIVOS	SUPER ACUM.	ERR. EST.
0	6	17,5	0,11429	0,88571	1	0
6	12	14	0,5	0,5	0,88571	0,076054
12	18	6	0,33333	0,66667	0,44286	0,12432
18	24	4	0,5	0,5	0,29524	0,11888
24	30	1,5	0	1	0,14762	0,094768
30	36	1	0	1	0,14762	0,094768
36	42	1	0	1	0,14762	0,094768

VID 101;102/85 = 3,4,5

Fig. 1.—*Cáncer de esófago. Supervivencia actuarial.*

SIGMA: BASE DE DATOS BIOESTADISTICA Fichero: TIO

ANALISIS DE SUPERVIVENCIA: SUPERVIVEN / ESTADOACTU

LIM. INF.	LIM. SUP.	EXPUESTOS	PROP. MUERT.	PROP. VIVOS	SUPER ACUM.	ERR. EST.
0	12	35,5	0,39437	0,60563	1	0
12	24	16,5	0,30303	0,69697	0,60563	0,082024
24	36	10	0,2	0,8	0,42211	0,089237
36	48	6	0,16667	0,83333	0,33769	0,089147
48	60	4	0	1	0,28141	0,090325
60	72	4	0	1	0,28141	0,090325
72	84	4	0	1	0,28141	0,090325

VID 101;102

Fig. 2.—*Cáncer de esófago. Supervivencia actuarial.*

actuarial de los cinco años global del 28,4 % (Figura 1). Existe una marcada diferencia en la supervivencia a los 36 meses, entre los enfermos con ganglios positivos y negativos, como lo demuestra la Figura 2 ($p < 0,05$ / Test de Mantel-Haenszel).

Discusión

Es importante a la hora de valorar los resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer de esófago, excluir a los carcinomas de la unión esófago-gástrica, ya que la mayoría de ellos, van a ser consecuencia de la extensión esofágica de un adenocarcinoma de cardias. Para Akiyama [2], debe de considerarse a estos tumores como diferentes del carcinoma epidermoide esofágico, no sólo por su histología, sino también por su extensión linfática, que frecuentemente se realiza hacia curvadura mayor, hilio esplénico y cuerpo de páncreas.

En nuestra serie hemos desechado aquellos tumores, siempre adenocarcinomas, que no se pudiera asegurar su origen esofágico. de ahí, que únicamente contemos con 6 adenocarcinomas, y dos asentando en esófago de Barret, ya conocido previamente.

Dentro de los factores predisponentes del adenocarcinoma esofágico, es el primero el esófago de Barrett, como lo demuestran los estudios realizados por diferentes autores [6, 11]. En el resto de tumores esofágicos, los factores predisponentes más frecuentes van a ser el tabaco y el alcohol en más de la mitad de los casos [16, 30], como también ocurre en nuestra serie.

En los tumores del tercio superior de esófago torácico y en 5 casos de tercio medio, se efectuó resección esofágica mediante toracotomía derecha y anastomosis del esófago con la plastia en el cuello, según técnica de Akiyama. En todos los casos, menos en uno, la intervención se llevó a cabo en un sólo tiempo. La plastia utilizada fue en 5 casos el colon y en dos el estómago.

En los restantes tumores del tercio medio, se realizó resección esofágica mediante técnica de Lewis, con gastroplastia intratorácica, excepto en un enfermo que se hizo una resección trashiatal, ya que presentaba asociado un adenocarcinoma de estómago.

En los doce enfermos con tumor localizado en el tercio inferior, se practicó en 2 casos resección transhiatal, en 5 técnica de Lewis y en otros 5 toraco-freno-laparotomía izquierda.

Los enfermos se presentaron en estadíos avanzados, como lo demuestra la Tabla V, con un 77,5 % de formas evolucionadas (70 % – Estadío III; 7,5 % – Estadío IV).

En cinco enfermos se encontró afectación del borde de resección proximal (12,5 %), en el estudio definitivo de la pieza operatoria. Cuatro tuvieron lugar con la técnica de Lewis (4/26; 16,6 %). Esta incidencia está en consonancia con la registrada por Giuli y Sancho [10], que encuentran áreas aisladas de infiltración en el 5 % e invasión total en el 7,5 % ó el 25 % referido a Earlam y Cunha-Melo [9].

De cualquier forma, de estos 5 enfermos con invasión del borde de resección proximal, tan sólo en un caso se presentó recidiva local en el seguimiento posterior, permaneciendo los otros cuatro enfermos sin afectación local, dos de ellos fallecieron por metástasis a distancia (cerebral y hepática) y otros dos viven sanos. Casos similares han sido recogidos por TAM y cols. [29]. Como es lógico, con la técnica de Akiyama no se encontró afectación del borde proximal. Este hecho, ha sido una de las razones que han movido a utilizar este método, de forma reutinaria, en el tratamiento del cáncer de esófago en algunos servicios quirúrgicos. Sin embargo, pensamos con Richelme [21], que no existen, a penas, diferencias reales, entre efectuar la anastomosis en el cuello o en el ápex torácico.

Se encontraron complicaciones en el 52 % de los enfermos y de ellas, las pulmonares, han sido las más frecuentes (14/40; 35 %), similares a las presentadas por Sugimachi y cols. [28], que sobre 123 resecciones esofágicas, encuentran un 31,7 % de complicaciones pulmonares, y como comentan Domergue y cols. [7], las complicaciones pulmonares son responsables de la mayoría de los fracasos operatorios. Parece ser que el índice de afectación respiratoria va a estar, entre otras causas, en relación con la ventilación asistida post-operatoria. Giuli y Sancho [10], encontraron que las complicaciones pulmonares se incrementaban del 39 %, cuando la ventilación asistida era menor de 12 horas, al 56 %, cuando se continúa de 12 a 24 horas, 65 % para 1-2 días, 70 % para más de 2 días y 93 % para más de una semana. También existen otros factores que van a jugar un papel en la aparición de complicaciones pulmonares, como son, la nutrición parenteral, intubación con tubos de doble luz, restricción hídrica en el post-operatorio temprano, etc. [1, 19].

Se han presentado 5 dehiscencias de sutura (12,5 %), todas ellas en la anastomosis esófago-plastia. La mayor incidencia se encontró cuando se utilizó el colon para plastia y cuando la sutura se ubicaba en el cuello. Esta incidencia es inferior a la presentada por Collard y cols. [5], que refieren 23 dehiscencias sobre 81 resecciones (28,3 %) y superior al 5 % de Skinner y cols. [23] y al 2,9 % de Wong [31].

Se apreció recidiva de la disfagia, por estenosis de la anastomosis, en el 10 % de los enfermos que sobrevivieron a la intervención quirúrgica, y en todos los casos la anastomosis se había efectuado con pistola EEA. Wong recoge estenosis después de efectuar sutura con EEA en el 25 % de los casos. La causa se debe a la utilización de cabezales pequeños, ya que con el de 33 mm no se produce nunca estenosis, mientras que, con el de 25 mm aparece en el 42,9 % [31].

La mortalidad operatoria, en nuestra serie, ha sido del 5 %, por debajo del 12,5 % media obtenida en una recopilación de 5.064 enfermos [3, 4, 5, 8, 10, 13, 17, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 31].

Recidivas locales, bien sea en la anastomosis, en la plastia o en el mediastino se halló en el 26,3 %. En la literatura consultada existen variaciones en la incidencia de recidiva tumoral, desde el 8,4 % de Tam y cols. [29], al 14,3 % de Hennessy y O'Connell [12] y 32 % de Miller [18].

Las recidivas locales están en relación con márgenes de resección menores de 10 cms, aunque esto, como dice Wong es púramente teórico obtener márgenes de resección de 10 cms en muchos casos [31]. La mayoría de las recidivas acontecen cuando la anastomosis tuvo lugar por debajo del cayado aórtico, o existía invasión ganglionar.

Por último, se ha obtenido una supervivencia actuarial a los cinco años, sin excluir la mortalidad operatoria, del 28,4 %. Todos los autores consultados, presentan cifras elevadas de supervivencia en los enfermos sin afectación ganglionar, 34 % [15], o en estadíos precoces 83-85 % [14, 15]. Sin embargo, como ocurre en nuestra serie, la invasión ganglionar conlleva un marcado descenso en la supervivencia, 4-5 % [15, 23].

La actitud frente al cáncer de esófago es controvertida; por una parte, existen autores, como Skinner y cols [22, 23, 24] a la cabeza, que defienden una radicalidad a ultranza en la cirugía esofágica, con el consiguiente incremento de mortalidad operatoria, y

NIMODIPIN

ADMON

Calcioantagonista cerebroselectivo

Composición: Un comprimido lacado contiene 30 mg de Nimodipino (D.C.I.), excipiente, c.s.

Propiedades: Nimodipino tiene, especialmente, un efecto antivasoconstrictor y antiisquémico cerebral. Vasoconstricciones como las provocadas por varias sustancias vasoactivas (serotonina, prostaglandina, histamina) y por la sangre o productos de degradación de la sangre, pueden ser prevenidas o eliminadas por Nimodipino. Investigaciones en pacientes con alteraciones circulatorias cerebrales agudas han demostrado que Nimodipino dilata los vasos cerebrales y aumenta la circulación cerebral; el incremento de la perfusión es generalmente más pronunciado en áreas del cerebro con lesión preliminar y circulación restringida que en las áreas sanas. La mayoría es particularmente notable en pacientes con vasoespasmos cerebrales después de una hemorragia subaracnoidea. Nimodipino produce una reducción significativa del déficit neurológico isquémico causado por vasoespasmo y de la mortalidad.

Indicaciones: Prevención del deterioro neurológico ocasionado por vasospasmo cerebral secundario a hemorragia subaracnoidea. Tratamiento precoz del infarto cerebral isquémico agudo.

Posología: Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis de un comprimido de Nimodipino 4 veces al día (cada seis horas) en pacientes afectos de ictus isquémico. No existe evidencia de la utilidad de prolongar el tratamiento más allá de un mes. Para la prevención de deficiencias neurológicas isquémicas a consecuencia de vasospasmos cerebrales tra hemorragia subaracnoidea debería emplearse, después de una infusión previa de Nimodipino solución durante 5 hasta 14 días, una dosis diaria de 2 comprimidos lacados de Nimodipino 6 veces al día (6 veces, 60 mg), por espacio de 7 días. En general los comprimidos se ingieren sin masticar con un poco de líquido, independientemente de las comidas. El intervalo entre las administraciones correspondientes no debería ser inferior a 4 horas. En caso de insuficiencia renal o hepática severa especialmente en la cirrosis hepática, la acción y efectos secundarios de Nimodipino, por ejemplo la reducción de la presión sanguínea, pueden ser más pronunciados. En estos casos debe reducirse la dosis en concordancia con la presión sanguínea y el E.C.G.

Contraindicaciones: Nimodipino debe emplearse con precauciones en casos de edema cerebral generalizado y en la hipertensión intracraneal grave. De acuerdo con las normas generales de empleo de medicamentos durante el embarazo, la indicación de Nimodipino sólo prodrá establecerse con un criterio muy riguroso.

Interacciones: En pacientes hipertensos que reciben medicamentos antihipertensivos. Nimodipino puede potenciar el efecto hipotensor. La administración intravenos simultánea de β-bloqueadores debe evitarse, ya que puede conducir a una marcada reducción de la presión sanguínea

Efectos secundarios: Pueden presentarse los siguientes: dolor de cabeza, molestias gastrointestinales, náuseas, rubefacción facial (flush), sensación de calor y descenso de la presión sanguínea, particularmente cuando el valor inicia es elevado.

Intoxicación y su tratamiento: No se han descrito. No obstante, en casos de sobredosificación deberá establecerse el tratamiento sintomático oportuno.

Presentación y P.V.P.:
Envase con 30 comprimidos. P.V.P. IVA: 2.273 ptas.
Envase con 100 comprimidos. P.V.P. IVA: 7.559 ptas.

Dexter Farmacéutica

Laboratorios Dr. ESTEVE, S.A.

Avda. Virgen de Montserrat, 221
08026 Barcelona

con apenas, modificaciones de las curvas de supervivencia. Por otro lado, omitiendo determinados principios oncológicos, otros autores, con Orringer [20] como representante destacado, alcanzan supervivencias similares con intervenciones quirúrgicas con menor morbi-mortalidad, como son las resecciones transhiatales.

Por último, sea cualquiera la técnica que se utilice, los resultados globales son muy desalentadores [13]. De ahí, que hay que replantear el pensamiento. ¿Cúal debe de ser la actitud de la medicina, hoy en día, frente al cáncer de esófago?. Hay que tratar el cáncer, o más bien, hay que tratar la disfagia. Indudablemente es muy importante dar respuesta a esta pregunta, ya que para tratar la disfagia se pueden encontrar distintas formas de actuación menos radicales.

Bibliografía

1. Ando N, Yonekawa H, Shinozawa Y y cols. *Critical care using Swan-Ganz catheter following esophageal cancer surgery*. En: Kasai M (ed). Esophageal Cancer. Amsterdam-Princeton-Geneva-Tokyo; Excerpta Medica 193, 1986.
2. Akiyama H. *Surgery for carcinoma the esophagus*. Curr Probl Surg 17: 1, 1980.
3. Akiyama H, Tsdrumaru M, Wtanabe G, y cols. *Development of surgery for carcinoma of the esophagus*. Am J Surg 147: 9, 1984.
4. Austin JC, Postier RG, y Elkins RC. *Treatment of Esophageal Cancer: The Continued Need for Surgical Resection*. Am J Surg 152: 592, 1986.
5. Collard JM, Otte JB, Fiasse R, y cols. *Bilan préopérative et traitement chirurgical du cancer epidermoide de l'oesophage. A propos de 81 résections*. Acta gastroenterologica Bélgica. 39: 588, 1986.
6. De Meester TR, y Barlow AP. *Surgery and Current management for cancer of the esophagus and cardia: Part I*. Curr Probl Surg 25: 481, 1988.
7. Domerguer J, Ronanet P, Dubois JB y cols. *Cancer de l'oesophage thoracic. Strategie thérapeutic*. Press Med 17: 1.484, 1988
8. Desa L, Raghunath AS, Chawla SL y cols. *Treatment policy for the management of carcinoma of the esophagus*. Br J Surg 75: 275, 1988.
9. Earlam R, y Cunha-Melo JR *Oesophageal squamous cell carcinoma: I. A Critical review of surgery*. Br J Surg 67: 381, 1980.
10. Giuli R, y Sancho-Garnier H. *Diagnostic, therapeutic and prognostic features of cancers of the esophagus: Results of the International prospective study conducted by the OESO group (790 patient)*. Surgery 99: 614, 1986.
11. Haggitt RC, Tryzelaar J, Ellis FH, y cols. *Adenocarcinoma complicating columnar epithelium-lined (Barrett's) esophagus*. Am J Clin Pathol. 10: 1, 1978.
12. Hennessy TPJ, y O'Connell R. *Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the esophagus*. Br J Surg 71: 750, 1984.
13. Hernandez JL, Zornoza G, Calvo FA y cols. *Revisión del tratamiento del cáncer de esófago. Nueva estrategia con el tratamiento multidisciplinario*. Rev Med Univ Navarra, (En prensa), 1989.
14. Huang KD. *Diagnosis and surgical treatment of early esophageal carcinoma*. En: Medical and Surgical Problems of the esophagus. Serona Symponia. Vol 43, Stipa S, Belsey RHS, Moraldi A (eds) New York, Academic Press 1982.
15. King RM, Pairolero PC, Trastek VF y cols. *Ivar Lewis esophagogastrectomy for carcinoma of the esophagus: Early and late functional results*. Ann Thorac Surg 44: 119, 1987.
16. Martí A, Giménez FJ, Cortes C y cols. *Mortalidad por cáncer de esófago en España (1951-83)*. Oncología 12: 32, 1989.
17. Matthews HR, Powell DJ y McConkey CC. *Effect of surgical experience of the results of resection for oesophageal carcinoma*. Br J Surg 73: 621, 1986.
18. Muller C. *Carcinoma of the thoracic oesophagus and cardia: a review of 405 cases*. Br J Surg 49: 502, 1961.
19. Nishi M, Hiramatsu K, Hioki I y cols. *Pulmonary complications after subtotal oesophagectomy*. Br J Surg 75: 527, 1988.
20. Orringer MB. *Transhiatal esophagectomy without thoracotomy for carcinoma of the thoracic esophagus*. Ann Surg 200: 282, 1984.
21. Richelme H. *Does subtotal resection necessarily require a cervical approach to the esophagus*. En: *Cancer of the esophagus in 1984, 135 questions*. First Polydisciplinary International Congress of OESO. Answers compiled by R Giuli. Paris, Maloine S.A. Publishers p. 134, 1984.
22. Skinner DB, Dowlatshahi KD y De Meester TR. *Potentially curable cancer of the esophagus*. Cáncer 50: 2.571, 1982.
23. Skinner DB, Little AG, Ferguson MK y Soriano A. *Selection of operation for esophageal cancer based on staging*. Ann Surg 204: 391, 1986.
24. Skinner DB y Belsey RHR. *Preoperative evaluation, staging and selection of treatment for esophageal cancer*. En: *management of esophageal disease*. Skinner DB, Belsey RHR (eds). Saunders Company. p. 736. Philadelpha, 1988.
25. Soler JJ, Camps C, Vaya R y cols. *Carcinoma epidermoide de tercio inferior esofágico versus adenocarcinoma de cardias: estudio retrospectivo*. An Med Intern 5: 453, 1988
26. Steiger Z, Franklin R, Wilson RF y cols. *Erradication and palliation of squamous cell carcinoma of the esophagus with chemopherapy and surgical therapy*. J Thoracic Cardiovasc Surg 82: 713, 1981.
27. Sugimachi K, Maekawa S, Koga Y y cols. *The quality of life is sustained after operation for carcinoma of the esophagus*. Surg Gynecol Obstet 162: 544, 1986.
28. Sugimachi K, Matsuoka H, Ohno S y cols. *Multivariate opproach for assessing the prognosis of clinical oesophageal carcinoma*. Br J Surg 75: 1.115, 1988.
29. Tam PC, Cheung HC, Ma L y cols. *Local recurrences after subtotal esophagectomy for squamous cell carcinoma*. Ann Surg 205: 189, 1987.
30. Tuyns AJ, Pequignot G y Abbatucci JS. *Esophageal cancer and alcohol consumption: importance of type of berevage*. In J Cancer 23: 443, 1979.
31. Wong J. *Esophageal resection for cancer. The rationale of current practice*. Am J Surg 153: 18, 1987.

ESOPHAGUECTOMY FOR ESOPHAGIC NON CARDIAL CANCER

Summary

This is a study of esophageal resection for cancer of the esophagus in 40 patients, 34 of which were diagnosed as squamous carcinoma and 6 as adenocarcinoma excluding the cardias, tumor localization includes cervical esophagus in one case and all the rest in the thoracic esophagus, 2 in the proximal third, 25 in the middle third and 12 in the distal third.

With regard to surgical approach, 11 were treated with total esophagectomy (7 Akiyama, 4 transhiatal resection) and of the 29 treated, of subtotal esophagectomy, 24 were according to the Lewis technique and 5 through a left-sided thoracotomy.

Reconstruction was done with stomach in 33 cases six with colon and one with jejunum.

Complications were detected in 52,5 % the patients with pleuro-pulmonary being the most frequent, anastomotic dehiscence occurrer in 5 cases (4 of which were chose mannually). The operative mortality rate was 5 % and the actuarial survival at 5 years was at 28,4 %.