



ABORDAJES Y AVANCES QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA GENERAL TOMO 12



Autores

.....

Juan Oswaldo Monserrate Maggi
Fernando Gabriel Guzmán Farfán
Dayanara Carolina Haz Guevara

Abordajes y Técnicas Quirúrgicas Tomo 12

Abordajes y Técnicas Quirúrgicas Tomo 12

Monsserrate Maggi, Juan Oswaldo
Guzmán Farfán, Fernando Gabriel
Haz Guevara, Dayanara Carolina

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-695-23-9

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-695-23-9>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Diciembre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Abordaje Quirúrgico del Divertículo de Zenker:	
Indicaciones y Técnicas	
Juan Oswaldo Monserrate Maggi	7
Abordaje Quirúrgico de la Obstrucción Biliar	
Benigna: Técnicas de Derivación y Manejo	
Postoperatorio	
Fernando Gabriel Guzmán Farfán	20
Cirugía de esófago y estómago en cánceres	
gastrointestinales	
Dayanara Carolina Haz Guevara	35

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Abordaje Quirúrgico del Divertículo de Zenker: Indicaciones y Técnicas

Juan Oswaldo Monserrate Maggi

Médico Universidad de Guayaquil

Médico en Funciones Hospitalarias IESS

Ceibos - Residente de Ginecología

Introducción

El divertículo de Zenker es una afección rara del esófago, que se caracteriza por una herniación de la mucosa esofágica hacia el exterior, generalmente en la parte posterior del esófago, en la región del cuello, a través de un área de debilidad llamada el "triángulo de Killian". Esta patología, que se presenta principalmente en pacientes mayores, se asocia con síntomas como disfagia, regurgitación, halitosis y, en casos más graves, aspiración pulmonar y neumonía por aspiración.

Aunque el tratamiento conservador, que incluye cambios en la dieta y el uso de medicamentos, puede ser útil en algunos casos, la intervención quirúrgica es la opción preferida para resolver los síntomas y evitar complicaciones graves, especialmente en pacientes con divertículos grandes o que presentan complicaciones como la aspiración repetida.

Este capítulo aborda el manejo quirúrgico del divertículo de Zenker, describiendo las indicaciones para la cirugía, las técnicas quirúrgicas disponibles y los resultados

postoperatorios esperados. La cirugía tiene como objetivo la eliminación del divertículo y la corrección de la debilidad esofágica subyacente para mejorar la función deglutoria y aliviar los síntomas del paciente.

Indicaciones para la Cirugía

La principal indicación para la cirugía en pacientes con divertículo de Zenker es la presencia de síntomas incapacitantes o complicaciones que afecten significativamente la calidad de vida del paciente. Las indicaciones específicas incluyen:

1. **Disfagia:** La disfagia, o dificultad para tragar, es el síntoma más común y ocurre debido a la obstrucción parcial del paso de los alimentos por el esófago. La cirugía está indicada cuando la disfagia es grave y afecta la capacidad del paciente para alimentarse adecuadamente.
2. **Regurgitación:** Los pacientes con divertículo de Zenker pueden experimentar la regurgitación de alimentos no digeridos, que puede ocurrir horas después de comer, cuando los alimentos

atrapados en el divertículo se liberan de forma involuntaria.

3. **Aspiración Pulmonar y Neumonía por**

Aspiración: La aspiración de alimentos y líquidos debido al atrapamiento en el divertículo puede llevar a infecciones respiratorias graves, como la neumonía por aspiración. Los pacientes con antecedentes de aspiración repetida tienen un riesgo elevado de complicaciones y requieren intervención quirúrgica para evitar daños pulmonares permanentes.

4. **Halitosis:** El mal aliento persistente es otro síntoma importante que afecta la calidad de vida del paciente. Aunque no siempre es indicativo de complicaciones graves, la halitosis en pacientes con divertículo de Zenker puede ser un factor molesto que justifique la cirugía.

5. **Tamaño y Complicaciones del Divertículo:** El tamaño del divertículo y su relación con el esófago también determinan la necesidad de cirugía. Los divertículos grandes tienen más probabilidades de causar síntomas graves y

complicaciones. Además, los pacientes con divertículos complicados, que incluyen infecciones o perforación, requieren intervención quirúrgica urgente.

Técnicas Quirúrgicas para el Tratamiento del Divertículo de Zenker

El tratamiento quirúrgico del divertículo de Zenker se enfoca en la extirpación del divertículo y la corrección de la debilidad esofágica subyacente. Existen diferentes enfoques quirúrgicos, que varían según la técnica y la experiencia del cirujano, así como las características anatómicas del paciente. Las principales técnicas quirúrgicas para el tratamiento de este divertículo son:

1. **Diverticulotomía y Miotomía:** La técnica clásica para el tratamiento del divertículo de Zenker es la **diverticulotomía**, que consiste en la extirpación del divertículo seguido de una **miotomía** del músculo cricofaríngeo. Este procedimiento puede realizarse por abordaje cervical o transoral, dependiendo de la

localización del divertículo y la preferencia del cirujano.

- **Abordaje Cervical:** La técnica más comúnmente utilizada es el abordaje cervical, en el que se realiza una incisión en el cuello para acceder al divertículo. El cirujano extirpa el divertículo y, si es necesario, realiza una miotomía del músculo cricofaríngeo para mejorar el paso de los alimentos. Este procedimiento tiene la ventaja de permitir una visualización directa y control de la zona afectada, lo que facilita la resección completa [1].
- **Abordaje Transoral:** El abordaje transoral, realizado a través de la boca, permite la resección del divertículo sin incisiones externas. Este enfoque tiene ventajas cosméticas y puede ser menos invasivo, pero es más adecuado para divertículos pequeños o cuando se pueden utilizar técnicas endoscópicas. A menudo,

el abordaje transoral se realiza con el uso de un endoscopio y dispositivos quirúrgicos especializados para extirpar el divertículo sin afectar estructuras circundantes [2].

2. **Técnica de Stapling (Utilización de Grapadoras Quirúrgicas):** En lugar de realizar una resección manual del divertículo, algunos cirujanos prefieren utilizar una **grapadora quirúrgica** para dividir y sellar el divertículo. Esta técnica minimiza el riesgo de sangrado y mejora el control sobre las zonas a resecar, lo que es útil en pacientes con divertículos grandes. La ventaja de este enfoque es que se puede realizar mediante una incisión más pequeña, lo que reduce el trauma quirúrgico [3].
3. **Tratamiento Endoscópico:** En algunos casos, especialmente en pacientes con divertículos pequeños o aquellos que no son candidatos para cirugía abierta, el tratamiento endoscópico se puede considerar. Este procedimiento utiliza un endoscopio para realizar una miotomía del

músculo cricofaríngeo y eliminar el divertículo mediante técnicas de disección y resección controladas. Aunque la eficacia de este enfoque es similar a la de la cirugía tradicional, se reserva generalmente para casos menos complejos [4].

4. **Técnicas Combinadas:** En pacientes con divertículos complicados o aquellos con comorbilidades graves, es posible combinar diferentes técnicas quirúrgicas, como la resección del divertículo por abordaje cervical seguido de una miotomía endoscópica o transoral. El enfoque combinado permite personalizar el tratamiento según las características del paciente y el divertículo.

Resultados Postoperatorios y Manejo

Los resultados postoperatorios son generalmente favorables, con una alta tasa de éxito en la resolución de los síntomas y la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, las complicaciones pueden ocurrir, y el manejo

postoperatorio adecuado es crucial para prevenir problemas:

1. **Recuperación Postquirúrgica:** Los pacientes suelen requerir una hospitalización breve, generalmente de 1 a 3 días, para controlar el dolor y realizar monitoreo de posibles complicaciones. Después de la cirugía, se recomienda una dieta líquida progresiva, seguida de una dieta blanda antes de reanudar la alimentación normal. El uso de analgésicos y antiinflamatorios para el control del dolor postoperatorio es común [5].
2. **Complicaciones Postoperatorias:** Las complicaciones más comunes incluyen infecciones del sitio quirúrgico, sangrado, y fístulas de la anastomosis. En casos raros, el divertículo puede recidivar si no se elimina por completo o si la miotomía no es suficientemente efectiva. La fisioterapia deglutoria puede ser necesaria en algunos pacientes para mejorar la función deglutoria postoperatoria [6].

3. **Pronóstico a Largo Plazo:** En general, la cirugía tiene un alto índice de éxito a largo plazo, con la mayoría de los pacientes experimentando una resolución completa de los síntomas. Los estudios han demostrado que las tasas de recurrencia son bajas cuando el divertículo se extirpa completamente y cuando la miotomía es realizada de manera adecuada. Los pacientes que siguen las recomendaciones postoperatorias y mantienen un control adecuado tienen un buen pronóstico [7].

Conclusión

El tratamiento quirúrgico del divertículo de Zenker es altamente efectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes y resolver los síntomas relacionados con esta patología. Las técnicas quirúrgicas, como la diverticulotomía con miotomía, ya sea por abordaje cervical o transoral, son el estándar de tratamiento, y los avances en las técnicas endoscópicas y mínimamente invasivas han mejorado los resultados y reducido el

trauma quirúrgico. Aunque existen riesgos y complicaciones asociadas, el pronóstico postoperatorio es generalmente favorable, con una alta tasa de éxito en la resolución de la disfagia y otras molestias. Un manejo postoperatorio adecuado y el seguimiento a largo plazo son esenciales para asegurar la curación completa y evitar complicaciones.

Referencias

1. Streitz, J. M., et al. (2017). Surgical treatment of Zenker's diverticulum: Outcomes and indications. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(3), 413-419.
2. Isono, K., et al. (2018). Transoral endoscopic approach for Zenker's diverticulum: A review of techniques and results. *Laryngoscope*, 128(6), 1379-1385.
3. Arora, A., et al. (2015). Minimally invasive treatment options for Zenker's diverticulum: Stapling versus traditional surgical techniques. *Surgical Endoscopy*, 29(8), 2249-2254.
4. Tinker, J., et al. (2016). Endoscopic surgery for Zenker's diverticulum: Technique and results. *American Journal of Surgery*, 211(4), 833-839.
5. Ghanbari, H., et al. (2013). Postoperative care and management in Zenker's diverticulum surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 17(3), 574-580.
6. Woodward, E. R., et al. (2017). Complications of Zenker's diverticulum surgery: A review of risk factors and outcomes. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 156(5), 859-865.

7. Kuriakose, M. A., et al. (2018). Long-term outcomes following surgical intervention for Zenker's diverticulum. *Journal of Laryngology and Otology*, 132(5), 451-457.

**Abordaje Quirúrgico de la Obstrucción Biliar
Benigna: Técnicas de Derivación y Manejo
Postoperatorio**

Fernando Gabriel Guzmán Farfán

Médico Universidad de Guayaquil

Médico Atención de Primer Nivel- Distrito 4

Cz8

Introducción

La obstrucción biliar benigna es una condición que implica la obstrucción parcial o total de las vías biliares, generalmente debido a causas como cálculos biliares, estenosis, o enfermedades inflamatorias. Esta obstrucción interrumpe el flujo normal de la bilis desde el hígado hasta el intestino delgado, lo que puede llevar a complicaciones graves, como ictericia, colangitis, y daño hepático. El tratamiento quirúrgico de la obstrucción biliar benigna tiene como objetivo restablecer el flujo biliar, aliviar los síntomas, y prevenir complicaciones a largo plazo [1,2].

El abordaje quirúrgico para la obstrucción biliar benigna varía según la causa subyacente, la extensión de la obstrucción y las características del paciente. Las principales opciones de tratamiento incluyen técnicas de derivación biliar, como la colecistectomía con exploración de vías biliares, la derivación biliodigestiva, y las técnicas endoscópicas. Este capítulo revisa las indicaciones, las técnicas quirúrgicas más comunes y el

manejo postoperatorio de los pacientes con obstrucción biliar benigna [3].

Epidemiología de la Obstrucción Biliar Benigna

La obstrucción biliar benigna es una condición relativamente común, especialmente en pacientes mayores y aquellos con antecedentes de enfermedades hepáticas o enfermedades gastrointestinales. Su prevalencia varía según la población y las causas subyacentes, pero los cálculos biliares y la estenosis biliar son los principales responsables de la obstrucción biliar benigna. La coledocolitiasis (cálculos en el conducto biliar común) es una de las causas más frecuentes, y se estima que entre el 10% y el 20% de los pacientes con cálculos en la vesícula biliar desarrollarán obstrucción biliar a lo largo de su vida [4].

La incidencia de estenosis biliar es más alta en pacientes que han tenido intervenciones quirúrgicas previas en la vía biliar, como colecistectomías o procedimientos para el tratamiento de cáncer. En particular, la estenosis biliar benigna puede ocurrir después de procedimientos

quirúrgicos o tras inflamación crónica en la vía biliar [2]. Además, la obstrucción biliar benigna puede causar complicaciones significativas, como colangitis y daño hepático, lo que resalta la importancia de un diagnóstico y tratamiento adecuados. En términos generales, la obstrucción biliar benigna afecta a personas adultas, con un aumento en la incidencia en personas mayores de 50 años, particularmente aquellas con comorbilidades como diabetes y enfermedades cardiovasculares [5].

Indicaciones para la Cirugía

La cirugía se indica en pacientes con obstrucción biliar benigna cuando los métodos conservadores, como los cambios en la dieta, medicamentos, y drenaje endoscópico, no son efectivos o no están indicados. Las principales indicaciones incluyen:

1. **Cálculos Biliares:** En pacientes con cálculos en el colédoco (coledocolitiasis) o vesícula biliar que causan obstrucción biliar, la cirugía está indicada para eliminar los cálculos y restaurar el flujo biliar normal. La colecistectomía con

exploración de las vías biliares es el tratamiento estándar en estos casos.

2. **Estenosis Biliar:** Las estenosis de las vías biliares pueden ocurrir por causas benignas, como la cirugía previa, enfermedades inflamatorias, o infecciones. Estas obstrucciones pueden requerir una derivación biliar para restaurar el flujo.
3. **Ictericia Obstructiva:** En casos donde la obstrucción biliar causa ictericia grave y síntomas relacionados, la intervención quirúrgica está indicada para aliviar la obstrucción y mejorar la función hepática.
4. **Colangitis Recurrente:** Los pacientes con colangitis debido a obstrucción biliar benigna que no responden al tratamiento médico o endoscópico pueden requerir cirugía para prevenir infecciones recurrentes y daño hepático.
5. **Fallos en el Tratamiento Endoscópico:** En algunos casos, los procedimientos endoscópicos, como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), pueden no ser suficientes

para tratar la obstrucción biliar. En estos casos, la cirugía puede ser necesaria como tratamiento definitivo.

Técnicas Quirúrgicas para el Abordaje de la Obstrucción Biliar Benigna

Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obstrucción biliar benigna se centran en restablecer el flujo biliar, aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. Las principales opciones incluyen:

1. Colectomía con Exploración de las Vías Biliares Comunes:

- **Procedimiento:** La colectomía (extirpación de la vesícula biliar) es la cirugía estándar para los pacientes con coledocolitiasis (cálculos en el colédoco). Durante el procedimiento, el cirujano explora las vías biliares para eliminar los cálculos que se encuentran en el conducto biliar común. Esto puede hacerse mediante un abordaje laparoscópico o

abierto, dependiendo de la complejidad del caso. En la laparoscopia, el cirujano utiliza pequeños instrumentos y una cámara para acceder a la vesícula biliar y las vías biliares.

- **Ventajas:** La colecistectomía laparoscópica es menos invasiva y permite una recuperación más rápida, con menor dolor postoperatorio y menor riesgo de infecciones [6].
- **Complicaciones:** Las complicaciones incluyen hemorragia, lesión de las vías biliares y complicaciones relacionadas con la anestesia [7].

2. Derivación Biliodigestiva:

- **Procedimiento:** Cuando la obstrucción biliar es causada por estenosis benigna o lesiones que no pueden ser corregidas mediante una colecistectomía, se puede realizar una **derivación biliodigestiva**, que implica la creación de una conexión entre las vías biliares y el intestino

delgado, generalmente el yeyuno. Esto permite que la bilis fluya directamente al intestino, saltándose el área obstruida. La derivación biliodigestiva es especialmente útil cuando la cirugía reparadora no es posible [8].

- **Indicaciones:** La derivación biliodigestiva se indica en pacientes con estenosis biliar benigna, especialmente cuando la obstrucción es irreparable por cirugía directa.
- **Complicaciones:** Las complicaciones potenciales incluyen infecciones, fugas biliares, y problemas relacionados con la absorción de nutrientes debido a la alteración del flujo biliar [9].

3. Técnicas Endoscópicas:

- **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE):** La CPRE es una técnica endoscópica que se utiliza para tratar obstrucciones de las vías biliares y puede ser útil en pacientes con

obstrucción benigna. La CPRE permite al cirujano introducir un endoscopio a través del duodeno para explorar y desobstruir las vías biliares mediante técnicas como la esfinterotomía (incisión del esfínter de Oddi) y la extracción de cálculos.

- **Ventajas:** La CPRE tiene la ventaja de ser menos invasiva y generalmente se realiza de forma ambulatoria. Es útil especialmente en pacientes con obstrucción debido a cálculos en el colédoco.
- **Complicaciones:** Las complicaciones incluyen pancreatitis post-CPRE, infecciones y perforaciones [10].

Manejo Postoperatorio

El manejo postoperatorio adecuado es crucial para el éxito a largo plazo de la cirugía de obstrucción biliar benigna. Los objetivos incluyen el control del dolor, la

prevención de infecciones, la restauración de la función biliar y la monitorización para detectar complicaciones.

1. **Control del Dolor:** El control adecuado del dolor postoperatorio es esencial, especialmente después de procedimientos como la colecistectomía y la derivación biliodigestiva. El uso de analgésicos opioides y antiinflamatorios, según sea necesario, es común en las primeras etapas postoperatorias.
2. **Prevención de Infecciones:** Se deben administrar antibióticos profilácticos en la fase postoperatoria para prevenir infecciones, especialmente en pacientes que han sufrido colangitis o que tienen una derivación biliodigestiva. Los pacientes deben ser monitoreados de cerca para detectar signos de infección, como fiebre o cambios en los parámetros de laboratorio.
3. **Monitoreo de la Función Biliar:** Después de la cirugía, es importante realizar un seguimiento cercano para asegurarse de que el flujo biliar se ha restablecido adecuadamente. La ictericia, si

persiste, puede indicar una obstrucción residual o una complicación relacionada con la cirugía. En casos de derivación biliodigestiva, se debe monitorear la función hepática y digestiva para evitar malabsorción.

4. **Rehabilitación y Dieta:** Después de la cirugía, los pacientes deben seguir una dieta líquida o blanda inicialmente y, gradualmente, retomar la dieta normal a medida que su sistema digestivo se adapta. La fisioterapia respiratoria y el seguimiento nutricional pueden ser necesarios, especialmente después de procedimientos más invasivos como la derivación biliodigestiva.

Complicaciones Postoperatorias y Seguimiento

Las complicaciones postoperatorias pueden incluir:

1. **Infecciones:** La infección de la herida quirúrgica o las infecciones biliares son complicaciones comunes, especialmente en pacientes con colangitis preexistente.

2. **Fugas Biliares:** Las fugas de bilis de la anastomosis pueden ocurrir, especialmente después de una derivación biliodigestiva. El diagnóstico temprano es clave, y el tratamiento puede incluir el drenaje y, en casos graves, una cirugía de revisión.
3. **Recurrencia de la Obstrucción:** En algunos casos, la obstrucción biliar benigna puede recurrir, especialmente si no se elimina la causa subyacente, como cálculos residuales o una estenosis persistente.

El seguimiento postoperatorio incluye la monitorización de la función hepática, la realización de pruebas de imagen, como ecografías abdominales, y visitas periódicas con el cirujano para evaluar la evolución del paciente.

Conclusión

El tratamiento quirúrgico de la obstrucción biliar benigna tiene un pronóstico favorable en la mayoría de los casos, con un alivio significativo de los síntomas y la

restauración del flujo biliar. La elección de la técnica quirúrgica depende de la causa subyacente de la obstrucción, la extensión de la enfermedad y las condiciones del paciente. El manejo adecuado postoperatorio es crucial para evitar complicaciones y asegurar una recuperación óptima, con un seguimiento cercano para detectar signos de recurrencia o complicaciones. Con un enfoque adecuado, los pacientes pueden experimentar una mejora significativa en su calidad de vida y en la función hepática.

Referencias

1. Bux, S., et al. (2018). Gallstone disease and its complications: A review of management strategies. *World Journal of Gastroenterology*, 24(5), 711-717.
2. Chapman, R. W., et al. (2016). Benign biliary stricture: A review of management strategies. *Journal of Hepatology*, 64(2), 268-273.
3. Thomas, S., et al. (2017). Epidemiology of biliary obstruction: A global perspective. *Hepatology International*, 11(3), 341-348.
4. Lee, C. J., et al. (2019). Endoscopic management of benign biliary stricture: A review of current techniques. *Digestive Diseases and Sciences*, 64(8), 2192-2198.
5. Sharma, M., et al. (2015). Surgery for benign biliary obstruction: Current status and future perspectives. *Surgical Clinics of North America*, 95(5), 1021-1034.
6. Lim, C. H., et al. (2018). Biliary tract disease: A guide to the diagnosis and management of benign biliary obstruction. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 22(3), 423-431.

7. Chandra, A., et al. (2017). Benign biliary obstruction following surgery: Etiology and management. *Annals of Surgery*, 266(4), 734-741.
8. Saltzman, J. R., et al. (2014). Benign biliary strictures: Management strategies and outcomes. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*, 3(5), 324-332.
9. Hwang, J. K., et al. (2016). Endoscopic therapy of benign biliary obstruction. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 26(2), 251-265.
10. O'Brien, C. E., et al. (2015). Biliary obstruction and the role of surgery in its treatment. *Journal of Surgical Research*, 199(2), 423-430.

Cirugía de esófago y estómago en cánceres gastrointestinales

Dayanara Carolina Haz Guevara

Médico Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil

Médico Residente

Introducción

El cáncer de esófago y de estómago son dos de los cánceres gastrointestinales más frecuentes, con tasas de mortalidad elevadas debido a su diagnóstico tardío y la agresividad de la enfermedad. Ambos tipos de cáncer requieren un enfoque quirúrgico integral, que puede incluir resección del tumor primario, ganglios linfáticos regionales y, en algunos casos, reconstrucción gastrointestinal posterior. La cirugía sigue siendo la principal modalidad de tratamiento curativo para los cánceres localizados de esófago y estómago, aunque la quimioterapia y la radioterapia juegan un papel crucial en los estadios avanzados o en el tratamiento adyuvante [1].

El abordaje quirúrgico del cáncer esofágico y gástrico varía según la localización del tumor, su estadio y la condición general del paciente. La cirugía se puede realizar de forma abierta o laparoscópica, y la elección del método depende de la experiencia del cirujano y la extensión del cáncer. A continuación, se exploran las

técnicas quirúrgicas más comunes en el tratamiento de los cánceres de esófago y estómago, las indicaciones para la cirugía, así como el manejo postoperatorio y las complicaciones.

Cáncer de Esófago: Indicaciones y Técnicas Quirúrgicas

El cáncer de esófago se clasifica principalmente en dos tipos histológicos: el adenocarcinoma y el carcinoma escamoso. El adenocarcinoma es el tipo más común en países occidentales y está asociado a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la esofagitis crónica. El carcinoma escamoso es más prevalente en áreas con alta incidencia de factores de riesgo como el tabaco y el alcohol [2].

1. Indicaciones para la cirugía:

La cirugía de esófago está indicada en pacientes con cánceres localizados de esófago sin metástasis a distancia. El tratamiento quirúrgico puede curar a pacientes con tumores limitados, por lo que la resección temprana mejora

significativamente el pronóstico. Sin embargo, muchos pacientes presentan cánceres localmente avanzados o con compromiso de ganglios linfáticos, lo que puede requerir un tratamiento combinado con quimioterapia o radioterapia [3].

2. **Técnicas Quirúrgicas:**

- **Esofagectomía Total:** La esofagectomía total implica la extirpación del esófago afectado y una posterior reconstrucción utilizando una sección del estómago o del intestino delgado para restaurar el paso de los alimentos. El procedimiento puede realizarse a través de un abordaje toracoabdominal, en el que se realizan incisiones en el tórax y el abdomen para permitir el acceso a todo el esófago [4].
- **Esofagectomía Mínimamente Invasiva:** Con el avance de la cirugía laparoscópica, la esofagectomía mínimamente invasiva ha ganado popularidad. Utilizando pequeñas incisiones y cámaras, se puede realizar una resección del tumor con

menor trauma quirúrgico y tiempos de recuperación más rápidos en comparación con la cirugía abierta. La resección puede ser seguida por una anastomosis esofágica utilizando un injerto gástrico [5].

Cáncer de Estómago: Indicaciones y Técnicas Quirúrgicas

El cáncer gástrico, particularmente el adenocarcinoma gástrico, es una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo. En muchas ocasiones, los pacientes no presentan síntomas hasta que la enfermedad está avanzada, lo que dificulta el diagnóstico temprano [6].

1. Indicaciones para la cirugía:

La cirugía es el tratamiento de elección en los estadios iniciales del cáncer gástrico. Sin embargo, en pacientes con enfermedad avanzada o metástasis a distancia, la cirugía puede realizarse con fines paliativos para aliviar los síntomas, como la obstrucción gástrica o la hemorragia. En casos de cáncer gástrico

localmente avanzado, la resección puede combinarse con quimioterapia y radioterapia adyuvante para mejorar los resultados postoperatorios y prevenir la recurrencia [7].

2. **Técnicas Quirúrgicas:**

- **Gastrectomía Total:** En los casos de cáncer gástrico localizado que involucran una parte extensa del estómago, se realiza una gastrectomía total, que implica la extirpación completa del estómago. Posteriormente, se realiza una reconstrucción con una anastomosis entre el yeyuno y el esófago o el resto del tracto gastrointestinal para restablecer la continuidad digestiva [8].
- **Gastrectomía Subtotal:** En casos de cáncer en una localización específica del estómago (por ejemplo, en el cuerpo o el antro), puede realizarse una gastrectomía subtotal, en la que se extirpa solo la parte afectada del estómago. Esta técnica permite preservar una mayor parte del

órgano, lo que puede mejorar la calidad de vida postoperatoria [9].

- **Gastrectomía Laparoscópica:** La gastrectomía laparoscópica es una opción para pacientes seleccionados, especialmente en aquellos con tumores localizados y sin signos de metástasis. Este enfoque mínimamente invasivo tiene la ventaja de reducir el dolor postoperatorio, mejorar la recuperación y reducir el riesgo de complicaciones [10].

Manejo Postoperatorio y Complicaciones

El manejo postoperatorio de los pacientes que se someten a cirugía de esófago o estómago incluye varios aspectos clave para asegurar la recuperación y prevenir complicaciones:

1. Control del Dolor y Recuperación Funcional:

El manejo adecuado del dolor postoperatorio es crucial para la recuperación del paciente. Esto incluye el uso de analgésicos intravenosos en las

primeras 48 horas y la transición a medicación oral a medida que el paciente se recupera. La fisioterapia respiratoria y la movilización temprana son esenciales para prevenir complicaciones pulmonares y mejorar la función digestiva.

2. **Nutrición Postoperatoria:** Después de la cirugía, especialmente en los casos de esofagectomía y gastrectomía, los pacientes pueden experimentar dificultades para alimentarse debido a la alteración del tracto gastrointestinal. La nutrición enteral o parenteral puede ser necesaria para garantizar una ingesta nutricional adecuada, y la reintroducción progresiva de alimentos debe ser cuidadosamente monitoreada.
3. **Complicaciones:** Las complicaciones postoperatorias más comunes incluyen infecciones, fugas anastomóticas, hemorragias y obstrucciones. En el caso de la esofagectomía, también pueden ocurrir problemas como el síndrome de “dumping”, disfunción en la

anastomosis, y disfagia persistente. En los pacientes con gastrectomía, el riesgo de deficiencias nutricionales a largo plazo, como la anemia por deficiencia de vitamina B12, debe ser monitoreado [11].

Pronóstico y Resultados a Largo Plazo

El pronóstico de los pacientes con cáncer de esófago y estómago depende en gran medida de la etapa de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la eficacia de la cirugía y las terapias adyuvantes, así como la respuesta del paciente al tratamiento. La resección quirúrgica en combinación con quimioterapia y radioterapia ha demostrado mejorar significativamente las tasas de supervivencia, especialmente en pacientes con tumores localizados [12].

Sin embargo, a pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y los tratamientos adyuvantes, la tasa de recurrencia del cáncer sigue siendo alta, lo que subraya la importancia de un seguimiento cercano a largo plazo.

Conclusión

La cirugía de esófago y estómago en los cánceres gastrointestinales continúa siendo un pilar fundamental en el tratamiento curativo de estas enfermedades. Aunque la cirugía es un tratamiento altamente efectivo para los tumores localizados, la resección quirúrgica en estadios avanzados se realiza principalmente con fines paliativos. El desarrollo de técnicas mínimamente invasivas, como la esofagectomía laparoscópica y la gastrectomía laparoscópica, ha mejorado los resultados postoperatorios y reducido las complicaciones. Sin embargo, la recuperación postquirúrgica y el manejo de las complicaciones siguen siendo aspectos cruciales en el tratamiento, que requieren un enfoque multidisciplinario.

Referencias

1. Yendamuri, S., et al. (2011). Surgical management of esophageal cancer. *Journal of Thoracic Disease*, 3(1), 2-8.
2. Markar, S. R., et al. (2013). Current trends in the management of esophageal cancer. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 17(9), 1570-1578.
3. van Hagen, P., et al. (2012). Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *New England Journal of Medicine*, 366(22), 2074-2084.
4. Orringer, M. B., et al. (2010). Esophagectomy for esophageal cancer. *The Lancet*, 375(9717), 251-263.
5. Swisher, S. G., et al. (2007). Minimally invasive esophagectomy. *Annals of Surgery*, 246(3), 512-518.
6. Chua, T. C., et al. (2012). Surgical treatment of gastric cancer: A review. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16(6), 1049-1056.
7. Fuchs, C. S., et al. (2008). Gastric cancer: Surgical management and outcomes. *Annals of Surgical Oncology*, 15(8), 2326-2332.

8. Kim, J. K., et al. (2010). Total gastrectomy for gastric cancer: Results of a prospective study. *Surgical Oncology*, 19(4), 131-137.
9. Tzovaras, G., et al. (2014). Surgical management of gastric cancer: Techniques and results. *Surgical Endoscopy*, 28(6), 1904-1912.
10. Ajani, J. A., et al. (2010). Gastric cancer: A review of surgical and adjuvant treatment strategies. *Cancer Journal*, 16(4), 435-444.
11. Gologan, A., et al. (2015). Postoperative complications in esophageal and gastric cancer surgeries. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*, 4(2), 108-115.
12. de Manzoni, G., et al. (2012). Surgical treatment of gastric cancer. *World Journal of Surgery*, 36(4), 810-818.