CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia

Editorial

La cirugía en el tratamiento del cáncer de esófago: ¿cuestiones agotadas o cirujanos agotados en las cuestiones?

Surgical treatment for esophageal cancer: Are the questions finished or are the surgeons who are finished by the questions?

La cirugía ha sido durante décadas el recurso terapéutico fundamental para luchar contra el cáncer de esófago. Citar solo a «padres» de la cirugía esofágica como Theodor Billroth, Ivor Lewis[1] y Franz Torek no hace justicia a todas las personas cuyos conocimientos y coraje nos han conducido al desarrollo actual de las técnicas en resección esofágica. No obstante, una vez superadas las innumerables barreras médicas y logísticas, así como de soporte vital que existían en el siglo pasado, la investigación se dirigió, entre otras cosas, a averiguar los factores pronósticos, cuáles dependían de nuestra acción sobre el tumor[2] y cómo de amplia debía ser la linfadenectomía asociada a la resección visceral, y a dirimir la eterna pregunta acerca del mejor abordaje posible, transtorácico o transhiatal. Sin embargo, aun habiéndose estandarizado las técnicas y enfatizado la centralización de estos procesos, observamos que la mortalidad actual por cáncer de estos pacientes a los 5 años del diagnóstico continúa siendo alta. Nadie cuestiona la necesidad de que la cirugía necesita aliados en la mayoría de los casos para ganar la batalla a la enfermedad[3]. Desde hace años se ha impuesto el tratamiento multimodal asociando cirugía, quimioterapia y radioterapia en distintos regímenes. Pero, ¿seguimos siendo los cirujanos la punta de lanza o nos estamos desplazando a la retaguardia? Un reciente análisis bibliométrico sobre las tendencias en la investigación del cáncer de esófago en la última década[4] confirma esta sospecha, siendo las alteraciones genómicas, vinculadas con estos tumores, y los tratamientos perioperatorios, el foco de atención[5,6]. Especial interés tiene, como en otros muchos ámbitos relacionados con el cáncer, la búsqueda de dianas terapéuticas específicas, tal y como sucede con los inhibidores selectivos de la tirosincinasa en el tratamiento de los tumores del estroma gastrointestinal. No menos importante y esperanzador resulta el estudio de los micro-ARN asociados a la carcinogénesis en el esófago y el cardias[7]. La pérdida de protagonismo de los cirujanos se corrobora al observar que un elevado porcentaje de las revistas científicas y los autores destacados en la investigación sobre el cáncer de esófago están vinculados a la Oncología y/o la Gastroenterología[4].

Entonces, ¿qué podemos hacer los cirujanos para invertir la situación? Como decía el profesor Ramón y Cajal, ¿estamos nosotros agotados en las cuestiones?, ¿o es que se han agotado las cuestiones en nuestro campo? El primer aspecto a considerar es la manera en que podemos participar y fomentar la realización de un diagnóstico precoz, así como agilizar la llegada de los pacientes a un comité multidisciplinar que acuerde un tratamiento correcto de aplicación inmediata. Por desgracia, es relativamente frecuente observar cómo el intervalo que discurre entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico-estudio de extensión de la enfermedad es excesivamente largo. Por otra parte, la cirugía mínimamente invasiva, uno de los avances quirúrgicos más destacables de nuestra especialidad, aplicada al tratamiento del cáncer de esófago, ha aportado algunas ventajas respecto al abordaje tradicional representando un increíble campo de investigación para intenta mejorar la calidad del tratamiento, disminuyendo la agresividad, morbimortalidad de las intervenciones quirúrgicas. Aun así, y por el momento, la laparoscopia y la toracoscopia aplicadas al cáncer de esófago no han conseguido aumentar la supervivencia de los pacientes ni el periodo libre de enfermedad[8]. Una correcta selección de los pacientes, así como la adecuación física y nutricional de los mismos previa a la intervención, son 2 factores muy importantes sobre los que incidir para mejorar nuestros resultados. Las innovaciones tecnológicas relacionadas con la optimización de las plastias de sustitución y la resolución de complicaciones quirúrgicas son otro factor a tener en cuenta en la práctica diaria. Además, la aplicación de vías clínicas consensuadas ayuda a recortar gastos sin empeorar parámetros de calidad.

En resumen, y teniendo en cuenta lo demandante que resulta la cirugía de resección esofágica, toda investigación y desarrollo dirigidos a aumentar nuestra radicalidad oncológica minimizando la agresión y las complicaciones, al menor coste posible, no será trabajo en vano.

Sin embargo, la realidad nos golpea repetidamente y obliga, si los cirujanos queremos seguir formando parte de la lucha activa contra esta enfermedad, a la interacción constante y diaria con otros especialistas clínicos e investigadores básicos. Encabezar estudios multicéntricos y participar en estudios traslacionales se insinúa como el único camino a seguir para mantener a la cirugía en el puesto que se merece y abandonar la retaguardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis I. The surgical treatment of carcinoma of the oesophagus; with special reference to a new operation for growths of the middle third. Br J Surg. 1946;34:18–31.
2. Peyre CG, Hagen JA, deMeester SR, Altorki NK, Ancona E, Griffin SM, et al. The number of lymph nodes removed predicts survival in esophageal cancer: an international study on the impact of extent of surgical resection. Ann Surg. 2008;248:549–56.
3. Van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, Steyerberg EW, van Berge Henegouwen MI, Wijnhoven BP, et al., CROSS Group. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. N Engl J Med. 2012;366:2074–84.
4. Miao Y, Liu R, Pu Y, Yin L. Trends in esophageal and esophagogastric junction cancer research from 2007 to 2016: A bibliometric analysis. Medicine (Baltimore). 2017;96:e6924.
5. Cancer Genome Atlas Research Network. Analysis working group: Asan University, BC CancerAgency, Brigham and Women's Hospital, Broad Institute, Brown University, Case Western Reserve Universit, et al. Integrated genomic characterization of oesophageal carcinoma. Nature. 2017; 541:169–75.
6. Turner SR, Molena D. Chemoradiotherapy for esophageal cancer before or after surgery: It is not just a matter of time. J Thorac Cardiovasc Surg. 2017;154:730–1.
7. Revilla-Nuin B, Parrilla P, Lozano JJ, de Haro LF, Ortiz A, Martínez C, et al. Predictive value of MicroRNAs in the progression of barrett esophagus to adenocarcinoma in a long-term follow-up study. Ann Surg. 2013;257:886–93.
8. Straatman J, van der Wielen N, Cuesta MA, Daams F, Roig Garcia J, Bonavina L, et al. Minimally invasive versus open esophageal resection: Three-year follow-up of the previously reported randomized controlled trial: the TIME Trial. Ann Surg. 2017;266:232–6.

David Ruiz de Angulo* y Pascual Parrilla
Unidad de Cirugía Esofagogástrica, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: druizdeangulo@hotmail.com
(D. Ruiz de Angulo).

http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.07.011
0009-739X/
© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.