



www.elsevier.es/cirugia

O-274 - DISPLASIA DE ALTO GRADO EN EL ESÓFAGO DE BARRETT: PAPEL DE LA ESOFAGUECTOMÍA EN LA ERA DE LAS TERAPIAS ENDOSCÓPICAS

V. Munitiz, L.F. Martínez de Haro, Á. Ortiz, D. Ruiz de Angulo, J. Ruiz Pardo, A. Serrano y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: El esófago de Barrett (EB) es una enfermedad preneoplásica con un bajo riesgo de malignización (1 de cada 200 pacientes por año) siguiendo la secuencia de metaplasia gástrica, metaplasia intestinal, displasia de bajo grado, displasia de alto grado (DAG) y adenocarcinoma (ADC). Clásicamente, el tratamiento estándar de la DAG-carcinoma *in situ* en el EB ha sido la resección esofágica, aunque en la última década se han publicado buenos resultados con terapias endoscópicas ablativas como la mucosectomía y la radiofrecuencia. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia de la esofaguestomía en pacientes diagnosticados de EB con DAG.

Métodos: Se estudiaron 19 pacientes con una media de edad de 58 años y un rango de 35 a 80 años, 18 de ellos varones. El tiempo de evolución desde el diagnóstico del EB a la DAG fue de 5.7 años de media, entre 1 a 18 años. De los 19 pacientes, 12 eran de nuestro hospital y 7 remitidos de otros centros. A todos se les confirmó el diagnóstico con otra endoscopia y estudio de las biopsias por un patólogo experto. El 90% de los pacientes tenían un EB de más de 3 cm, con una longitud media de 7,8 cm (2-12). Doce de los pacientes estaban bajo tratamiento médico con dosis altas de IBPs y los otros 7 estaban intervenidos mediante funduplicatura de Nissen, 4 con fallo de la cirugía y 3 con cirugía eficaz (EB familiar en dos casos y esclerodermia en otro). En todos los pacientes se realizó una esofagogastrectomía transtorácica y gastroplastia tubular según técnica de Ivor-Lewis.

Resultados: Hubo complicaciones postoperatorias en 6 pacientes (31%): 3 de origen pulmonar, 2 infecciones de la herida y una dehiscencia de la anastomosis. No hubo mortalidad en esta serie. Desde el punto de vista histológico la resección del segmento metaplásico fue completa en todos los pacientes. El diagnóstico anatomo-patológico fue de displasia de alto grado en 10 pacientes (53%), pero el patólogo informó de ADC en el resto, 6 como intramucoso (T1a), 2 como submucoso (T1b) y un caso con invasión muscular (T2) y una adenopatía metastásica (N1). La supervivencia media fue de 6.8 años con un rango entre 1 y 19 años. Todos los pacientes están vivos, excepto un paciente que murió con 83 años libre de enfermedad.

Conclusiones: En nuestra opinión, el mejor tratamiento en la DAG por EB, en pacientes con bajo riesgo quirúrgico y hospitales de referencia es la resección esofágica. La mitad de los pacientes diagnosticados de DAG por endoscopia pueden tener diagnóstico de ADC oculto en la pieza de resección definitiva. En pacientes de alto riesgo quirúrgico o que rechazan la cirugía, las terapias endoscópicas pueden ser de elección.