



O-145 - INFLUENCIA DE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN LAS FÍSTULAS TRAS RESECCIÓN ESOFÁGICA

G. Mínguez Ruiz, L. Sanz Álvarez, A. Rodríguez Infante, J.L. Rodicio Miravalles, E. Turienzo Álvarez y J.J. González González

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: Los tumores localmente avanzados esofágicos (T3 y/o N+) deben recibir tratamiento neoadyuvante con quimioterapia (con o sin radioterapia en función del tipo histológico) para mejorar la supervivencia. Sin embargo esta mejora viene asociada a un aumento de las complicaciones y la mortalidad postoperatoria. Revisamos nuestra serie de pacientes con cáncer de esófago y cardias operados mediante la técnica de Ivor-Lewis con anastomosis intratorácica mecánica para evaluar los factores con influencia en el desarrollo de fístula postoperatoria y de su forma extrema, la necrosis de la plastia gástrica.

Métodos: Analizamos los datos de 188 pacientes, el 89,4% varones, con edad media de 58,7 años. El tipo histológico fue epidermoide en el 50% de los casos. El estadio tumoral fue: I = 10,6%, II = 31,3%, III = 45,3% y IV = 2,7%. Recibieron tratamiento neoadyuvante quimioterápico 22 pacientes (11,7%). En 10 casos se asoció también radioterapia. Tuvieron complicaciones postoperatorias 110 pacientes (58,5%), las más frecuentes las pulmonares en el 39%. Presentaron una fístula 32 pacientes (17%): con origen en la anastomosis (20), en la gastroplastia (6) o necrosis parcial de la plastia (6). Fueron reintervenidos 29 pacientes (15,4%), 12 de ellos debido a la fístula. Fallecieron en el postoperatorio 17 pacientes (9%), directamente por la fístula 2 casos. Analizamos variables epidemiológicas, clínico-patológicas y terapéuticas en probable relación con la fístula.

Resultados: Los únicos factores con influencia en el desarrollo de fístula fueron: radioterapia neoadyuvante ($p = 0,04$) y quimioterapia neoadyuvante ($p = 0,01$), pero sólo este último mostró su valor pronóstico independiente, de manera que los pacientes que reciben quimioterapia preoperatoria tienen un riesgo 3,4 veces superior de desarrollar una fístula. Para la necrosis de la plastia fueron factores con influencia la edad superior a 60 años ($p = 0,04$) y la patología cardíaca ($p = 0,001$), siendo este último el único independiente, con un riesgo relativo para los pacientes cardiopatas 10 veces superior. Ninguno de estos factores se relacionó con la mortalidad postoperatoria.

Conclusiones: Los pacientes con cardiopatía tienen un riesgo muy elevado de padecer una necrosis de la plastia a pesar de la optimización preoperatoria. Los tratamientos neoadyuvantes, especialmente la quimioterapia aumentan la incidencia de la complicación más temida en la exéresis esofágica, sin influir en la mortalidad postoperatoria.