



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 21-25 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

O-146 - LAS COLOPLASTIAS A LO LARGO DEL TIEMPO

V. Rodrigo Amador, R. Zambrano Muñoz, G. Moral Moral, M.M. Viana Miguel, O. Vidal Doce, S. Novotny Canals, A. Palomo Luquero, R. Parra López, I. Gil Laso, L. González Martínez y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Resumen

Objetivos: Analizar los cambios que se han producido a lo largo del tiempo en las indicaciones, técnica quirúrgica y resultados de las coloplastias en nuestro servicio.

Métodos: Se estudia de forma retrospectiva nuestra serie de 27 pacientes desde 1979 hasta 2013. 18 fueron intervenidos antes de 2004 y 9 posteriormente. Establecemos este año como corte al ser un punto de inflexión significativo. Desglosamos los resultados en función del sexo, edad, patología por la que fueron sometidos al procedimiento, técnica quirúrgica y morbi-mortalidad asociada.

Resultados: La mayoría de los pacientes eran varones (92,6%). La edad media se sitúa en 58,8 años. La patología que analizamos registra cambios en el antes y el después. Inicialmente la principal indicación para realizar una coloplastia eran los casos de carcinoma epidermoide de esófago (92%), seguidos de los adenocarcinomas esofágicos, los adenocarcinomas de cardias y las estenosis por patología benigna. Posteriormente han aumentado las indicaciones por adenocarcinoma de cardias (24%) frente al carcinoma epidermoide esofágico (19%), lo siguen las estenosis benignas (14%) y finalmente el adenocarcinoma de esófago (9,5%). En cuanto a la técnica empleada la diferencia en el tiempo es marcada. Anteriormente, las coloplastias retroesternales en un segundo tiempo (después de la esofaguectomía) eran mayoría (82%), seguidas de las coloplastias retroesternales paliativas (12%), y finalmente las mediastínicas (6%). Posteriormente, las coloplastias retroesternales en un segundo tiempo se han visto relegadas (11%) frente a las mediastínicas (89%). El segmento de colon empleado también ha variado. El colon derecho se ha empleado menos (del 73% al 22%) a favor del colon transversal (del 27% al 78%). Igualmente la anastomosis esófago-cólica en los primeros años se realizaba en su mayor parte de forma manual (término-terminal: 67%, término-lateral: 22%), y desde 2004 la más empleada es la mecánica (término-lateral triangularizada: 56%, latero-lateral terminalizada: 22%). Finalmente, no hay una diferencia significativa en el tiempo respecto a la morbilidad (60%), pero sí a la mortalidad. Los principales factores que han añadido morbilidad son las fístulas cervicales (17%), las fístulas abdominales (12,5%), y la disfonía (12,5%). Ha disminuido el porcentaje de fallecidos desde el 30% al 11%.

Conclusiones: A la hora de realizar una coloplastia debemos tener en cuenta que se trata de una cirugía compleja no exenta de complicaciones, por ello la realizaremos siempre y cuando esté verdaderamente indicada. Estas indicaciones han variado a lo largo del tiempo por diferentes motivos; el tratamiento radioquimioterápico de la patología oncológica ha disminuido la necesidad de realizar cirugías paliativas y la menor cantidad de indicaciones quirúrgicas de la enfermedad ulcerosa ha facilitado que sea posible utilizar el estómago para reemplazar el esófago. La técnica quirúrgica también ha experimentado cambios, desde las

coloplastias retroesternales con anastomosis manuales, hasta las actuales mediastínicas con anastomosis mecánicas. En cuanto a los resultados de esta cirugía podemos concluir que la morbilidad se ha mantenido constante, y a favor destacamos una marcada disminución de la mortalidad en el postoperatorio inmediato. La razón seguramente no radique en la técnica quirúrgica sino en una mejora de las indicaciones.