



O-067 - ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LA CIRUGÍA ESOFÁGICA: DEL MESORRECTO AL MESOESÓFAGO

Kassimi, Kawthar; Mingol, Fernando; Vaqué, Javier; Ballester, María Neus; Sancho, Jorge; Gómez, Laura; Argüelles, Brenda; García-Granero Ximénez, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: El cáncer de esófago es el cuarto tumor más frecuente del aparato digestivo. En la literatura existe un gran número de terminología en el tratamiento quirúrgico del mismo: esofaguectomía en bloc, esofaguectomía tres campos, esofaguectomía transhiatal, mínimamente invasiva, etc., en las que todas quieren decir lo mismo pero no son lo mismo. Por tanto es necesario un método de análisis de la pieza quirúrgica que permita auditar la calidad de la cirugía esofágica. Creemos que el estudio del mesoesófago, tomando como modelo el estudio del mesorrecto en el cáncer de recto, permitiría unificar criterios en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago.

Métodos: Presentamos una serie de 30 esofagectomías en bloque, tipo Ivor Lewis por adenocarcinoma de tercio inferior de esófago en las que se implantó un protocolo de estudio anatomo-patológico basado en el estudio del mesoesófago: primero con una valoración macroscópica para evaluar la calidad del mismo, mediante la cual se clasifica en: mesoesófago de calidad o satisfactorio cuando todo el esófago está cubierto por tejido linfograso; mesoesófago insatisfactorio cuando hay zonas donde se aprecia la capa muscular del esófago y ausencia de mesoesófago cuando más del 50% del esófago no está cubierto por tejido linfograso. Posteriormente se realizan cortes transversales consecutivos de 5 mm de espesor de toda la pieza para ver el margen circunferencial en el cáncer de esófago, ya que mediante estos cortes se aprecia de forma excelente la afectación, en los casos avanzados, de la grasa periesofágica, y se puede calcular el área tumoral y la distancia al margen circunferencial así como los ganglio linfáticos de este mesoesófago.

Resultados: De las 30 esofagectomías el mesoesófago fue satisfactorio en 27 casos y en 3 casos insatisfactorio por defectos en la capa de tejido linfograso. En los cortes transversales se aprecia en 13 casos cómo el tumor sobrepasa la capa muscular y afecta a la grasa periesofágica, y en los que mediante esta cirugía en bloque se consigue un R0. El número de ganglios identificados mediante esta cirugía fue de 53 (46-78). En el seguimiento a dos años no se ha detectado ninguna recidiva local y en 4 casos han presentado metástasis a distancia.

Conclusiones: Las diferencias en la extensión y calidad de la resección quirúrgica del cáncer esofágico pueden influir en el estadiaje patológico y la evolución del paciente. Hay pocos datos en la literatura que evalúen la calidad de las piezas quirúrgicas en la esofagectomía. Creemos que el estudio del mesoesófago puede aportar una mejor auditoría en la calidad de esta cirugía tan compleja como es la cirugía del cáncer de esófago. Serán necesarios estudios prospectivos multicéntricos para determinar si este nuevo concepto puede mejorar la calidad de la cirugía y el estadiaje de la enfermedad, así como la supervivencia a largo plazo.