



www.elsevier.es/cirugia

O-070 - RESULTADOS PRELIMINARES DEL ACONDICIONAMIENTO DE LA PLASTIA GÁSTRICA PREVIO A LA CIRUGÍA DE NEOPLASIA DE ESÓFAGO EN NUESTRO CENTRO

Mingol Navarro, Fernando; Ballester Pla, María Neus; Aguilar Martí, M^a Dolores; Argüelles, Brenda Geraldine; Vaqué Urbaneja, Francisco Javier; García Domínguez, Rafael; García-Granero Ximénez, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: A pesar de los diferentes avances en las técnicas de anastomosis esofágicas y el manejo perioperatorio de los pacientes, la fuga anastomótica tras esofagectomía continúa siendo una de las complicaciones que comporta mayor morbilidad y mortalidad. La esofagectomía y reconstrucción mediante plastia gástrica, con anastomosis bien en tórax (Ivor-Lewis) o en el cuello (McKeown) son las opciones preferidas para el manejo de las neoplasias esofágicas. Una de las causas principales de fuga anastomótica en esta cirugía es la isquemia de la plastia gástrica tras su confección. Durante los últimos años se ha popularizado el acondicionamiento quirúrgico de la misma, mediante embolización o ligadura de los vasos gastroepiploicos y gástrica izquierda, condicionando una mejoría en la vascularización del fundus gástrico a expensas de la gastroepiploica derecha. El objetivo es comunicar nuestros resultados obtenidos tras 37 acondicionamientos de la plastia gástrica.

Métodos: Desde enero de 2012 hasta abril del 2015, se han intervenido 53 neoplasias de esófago, y de ellos en 37 se ha realizado acondicionamiento de la plastia gástrica por parte del servicio de radiología intervencionista, dada la menor morbilidad del procedimiento, una media de 21 días previo a la esofagectomía. Se embolizan la arteria esplénica, la gástrica izquierda y en casos de identificarse, también la gástrica derecha. Se han realizado 15 procedimientos de Ivor-Lewis, con anastomosis esofagogastrica en tórax con grapadora circular; y 13 esofagectomías en 3 tiempos tipo McKeown, con anastomosis manual. En todos los casos se realiza resección en bloque del mesoesófago y linfadenectomía D2. A 35 pacientes se les ha realizado un tránsito esofagogastroduodenal para control de la anastomosis al 4º día postoperatorio.

Resultados: Respecto al acondicionamiento de la plastia gástrica, no ha habido ninguna complicación del procedimiento y la estancia hospitalaria es de 1 día. Ha habido 5 fugas anastomóticas, 3 de ellas menores, sin clínica asociada, resueltas con la colocación de endoprótesis endoscópica y una de ellas con tratamiento médico sin precisar más medidas. En 2 casos ha habido fuga mayor, una de ellas resuelta con prótesis endoscópica y en el otro caso el paciente fue exitus por complicaciones asociadas a fistula traqueobronquial. No hemos tenido ningún caso de necrosis de la plastia gástrica, y en el seguimiento, una única estenosis de la anastomosis tratada con dilatación endoscópica con buenos resultados.

Conclusiones: El acondicionamiento de la plastia gástrica mediante radiología intervencionista es un procedimiento que implica mínima morbilidad y que puede disminuir la incidencia de la fuga anastomótica en cirugía de neoplasia de esófago. Dada la seguridad del procedimiento, sus beneficios pueden aplicarse

tanto en anastomosis a nivel de tórax como cervical. Aunque no existen hasta el momento publicados estudios prospectivos aleatorizados, los resultados de las diferentes series publicadas son favorables y parecen contribuir a una menor morbilidad y mortalidad en este tipo de cirugía.