



P-226 - ESTENOSIS ANASTOMÓTICAS TRAS ESOFAGECTOMÍA ONCOLÓGICA: INCIDENCIA Y MANEJO EN UN CENTRO TERCIARIO

González Aguirregomezcorta, Eneko; Leturio Fernández, Saioa; Pérez de Villarreal Amilburu, Patricia; García Fernández, Marta; Loureiro González, Carlos; García Raña, Alba; Ayala Gil, Olatz; Díez del Val, Ismael

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La estenosis es una complicación anastomótica tardía que ocurre entre 9-40% de las esofagectomías. Clínicamente se manifiesta con disfagia, odinofagia, broncoaspiración, desnutrición... deteriorando la calidad de vida del paciente. Los factores de riesgo son la isquemia de la plastia, anastomosis a tensión y dehiscencias (especialmente en anastomosis cervicales) y el tipo de técnica empleada (manual o mecánica circular). Aunque el tránsito esofagogastroduodenal es útil en el diagnóstico, la endoscopia es prioritaria, permitiendo aplicar terapias como la dilatación que constituye el tratamiento de primera línea con excelentes resultados. Las estenosis refractarias -cuando requieren más de cinco procedimientos, suponiendo el 5% de los casos-, pueden precisar *stents* o incluso reintervención quirúrgica.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de 159 pacientes sometidos a esofagectomía oncológica entre 2008-2023 en un hospital terciario (excluyendo tumores irresecables, metastásicos, resecciones R1-R2, necrosis de la plastia o fallecimiento antes del primer año posoperatorio). El objetivo fue analizar la incidencia de estenosis anastomóticas, su relación con factores clínico-quirúrgicos y el abordaje terapéutico aplicado.

Resultados: Se identificaron estenosis anastomóticas en 34 pacientes (21,4%): incidencia similar en anastomosis torácicas (19,3%) y cervicales (24%). Solo nueve pacientes (26,5%) presentaron previamente dehiscencia anastomótica (6 fistulas tipo III, 2 tipo II, una tipo I), sin observarse asociación significativa con las estenosis. Seis casos se resolvieron con una sola dilatación, mientras que en diecisiete fueron necesarias 2-5 sesiones. Once pacientes (7%) presentaron estenosis refractarias: siete lograron resolución tras múltiples tratamientos endoscópicos, tres permanecen en seguimiento y uno requirió liberación toracoscópica de la plastia, resección y reanastomosis tras perforación por uso repetido de *stents*. Cuatro pacientes necesitaron colocación de prótesis, todos con estenosis refractaria. Se observó que las estenosis precoces (mediana 2 meses en aparición de síntomas; RIQ 2-3,5 meses) fueron más refractarias, mientras que las tardías (mediana 4,5 meses; RIQ 3-8,75 meses) se resolvieron con menos de cinco procedimientos.

Conclusiones: La incidencia observada de estenosis anastomótica (21%) se encuentra dentro del rango reportado en la literatura. No se demostró una relación clara con la dehiscencia, localización anastomótica, ni el uso de *stents* o dispositivos de vacío, a diferencia de otros estudios. Lo más

relevante fue la asociación entre estenosis de aparición precoz y mayor refractariedad, que teóricamente podrían relacionarse con mayor inflamación o cicatrización activa en fases tempranas. En nuestro caso la refractariedad asciende al 7% precisando más tratamientos endoscópicos para su resolución, similar a lo reportado en otros estudios. El tratamiento endoscópico fue eficaz en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, un número reducido de pacientes requiere intervención quirúrgica, habitualmente los pacientes operables o con complicaciones. En esta situación no hay un tratamiento estandarizado por lo que pueden contemplarse distintas estrategias, preferentemente mediante abordajes mínimamente invasivos, como la estenoplastia o la resección y reanastomosis (con o sin liberación completa de la plastia). En situaciones más complejas, especialmente si coexisten problemas como mal vaciamiento gástrico o compromiso vascular de la plastia, podría considerarse la conversión de una anastomosis intratorácica a cervical o incluso la sustitución de la gastroplastia por una coloplastia.