



O-049 - ESOFAGUECTOMÍA TRAS MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA PRECOZ SOBRE ESÓFAGO DE BARRETT

Rodicio, José Luis¹; Ortiz, Jacobo²; Santiago, José²; Yanni, Fady³; Sanz, Lourdes¹; Ragunath, Krish²; Welch, Neil³; Parsons, Simon³

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; ²Nottingham Digestive Diseases Centre, Nottingham; ³Nottingham University Hospitals, Nottingham.

Resumen

Objetivos: La terapia endoscópica con mucosectomía de lesiones visibles seguida de ablación por radiofrecuencia del esófago de Barrett residual está considerada como el tratamiento de elección en los tumores precoces limitados a la mucosa (T1a) en pacientes con esófago de Barrett (EB). En determinadas situaciones como en las que se demuestra infiltración profunda de la capa submucosa o presencia de factores de riesgo para el desarrollo de metástasis linfáticas como grado pobre de diferenciación o invasión linfática o vascular en la pieza de resección endoscópica, la cirugía de rescate es la mejor opción como tratamiento curativo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo sobre una base de datos recogida de forma prospectiva. Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia precoz sobre EB sometidos a mucosectomía endoscópica asistida con bandas elásticas en un Centro de Referencia de Reino Unido (Queen's Medical Centre) entre enero de 2007 y diciembre de 2016. Se analizan los resultados a largo plazo en aquellos que requirieron cirugía posterior por presencia en la pieza de mucosectomía de invasión submucosa, tumor pobremente diferenciado, invasión linfovascular o márgenes de resección positivos, y que eran operables y aceptaron la cirugía.

Resultados: Se analizan 226 procedimientos de mucosectomía endoscópica sobre un total de 150 pacientes, edad media de 67,6 años, 87,3% varones. La histología fue de adenocarcinoma T1b en 20 pacientes (8,8%), T1a en 90 (39,8%), displasia de alto grado en 86 (38,1%), bajo grado en 15 (6,6%), indefinido para displasia en 3 (1,3%) y EB sin displasia en 12 (5,3%). Se revisan los pacientes con adenocarcinoma, todos ellos presentados en un comité multidisciplinar, decidiéndose cirugía en 15 de ellos (10%): 5 pacientes eran T1a (4 de ellos con márgenes positivos, otro EB largo con adenocarcinoma pobremente diferenciado), y 10 pacientes T1b. La edad media fue de 67,5 años y 13 eran varones. La mediana de tiempo entre la endoscopia y la cirugía fue de 70 días. La cirugía fue esofagectomía tipo Ivor-Lewis en 9 casos (5 con abordaje abdominal laparoscópico), 4 toracotomías izquierdas, 1 McKeown y 1 transhiatal asistida por laparoscópica. La media de ganglios fue de 18,1, en ningún paciente hubo ganglios positivos. 6 pacientes presentaron complicación en el postoperatorio, principalmente respiratorias. La anatomía patológica fue de pT0 en 4 pacientes, pT1a 4 pacientes y pT1b 4 pacientes y 3 pacientes pT2. La mediana de ingreso fue de 13 días y seguimiento de 80 meses. Hubo dos fallecidos en el seguimiento por recidiva a los 4 y 6 años, ambos con metástasis pulmonares, y sin factores de mal pronóstico en la anatomía patológica. Hubo un tercer fallecido en el seguimiento por causa no relacionada con la cirugía.

Conclusiones: El tratamiento de pacientes con neoplasia precoz sobre EB debe realizarse en Unidades de Referencia, tanto en endoscopia terapéutica intervencionista como en cirugía esófago-gástrica, ofreciendo cirugía de rescate en los pacientes en los que el tratamiento endoscópico no es curativo. Un pequeño porcentaje de los pacientes operados, sin claros factores de riesgo, presentará recidiva a largo plazo.