



OR-261 - FACTORES PREDICTORES E IMPACTO DE LA FUGA ANASTOMÓTICA CERVICAL TRAS ESOFAGUECTOMÍA POR CÁNCER: ¿ES LA COMPLICACIÓN QUE MÁS DEBE PREOCUPAR AL CIRUJANO ESOFAGOGÁSTRICO?

Palomo López, Irina; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Arteaga Ledesma, María; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Analizar la incidencia, tipo y tratamiento de la fuga anastomótica cervical (FAC), identificar factores predictores y evaluar sus consecuencias tras esofaguestomía por cáncer esofágico (CE).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes sometidos a esofaguestomía subtotal con plastia gástrica y anastomosis cervical por CE entre enero 2004-enero 2021. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test de t de Student y U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y exacto de Fisher para cualitativas, Kaplan-Meier y *log-rank* para estudio de supervivencia. Se consideró significativo un valor p 0,05.

Resultados: 69 pacientes fueron incluidos en el estudio, de los cuales 26 (37,7%) presentaron FAC: 12 (46,2%) precoces (7º día). El tratamiento fue conservador en 22 (84,6%) casos. 4 (15,4%) pacientes fueron reintervenidos: uno para drenaje de absceso cervical; los restantes para realización de esofagostoma. El tiempo mediano transcurrido para el cierre de la fístula fue de 15 (0-30) días. Los principales factores analizados se muestran en la tabla. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia global ni libre de enfermedad a 3, 6 meses, 1, 3 y 5 años. Cuando estratificamos la fuga en función de su gravedad (tratamiento conservador vs. quirúrgico), la enfermedad hepática ($p = 0,017$) y un mayor tamaño tumoral ($p = 0,020$) se relacionaron con la necesidad de tratamiento quirúrgico. Este, se relacionó con tendencia a la significación con una mayor mortalidad posoperatoria ($p = 0,063$). Cuando comparamos fuga precoz vs. tardía obtuvimos mayor tasa de reingresos ($p = 0,001$) y menor supervivencia global al año ($p = 0,003$) y 3 años ($p = 0,050$), y libre de enfermedad al año ($p = 0,005$) en la fuga precoz (fig.).

	FAC+ (n = 26)	FAC- (n = 43)	p
Parámetros preoperatorios			
Edad (años)	66 (60,7-73)	64 (56-73)	0,486
Sexo varón	24 (92,3%)	37 (86%)	0,431

Parámetros quirúrgicos			
Posoperatorios			

ASA

III 13 (54,2%) 13 (33,3%) 0,381

IV 2 (8,3%) 4 (10,3%)

HTA 14 (53,8%) 20 (46,5%) 0,555

DM II 6 (23,1%) 7 (16,3%) 0,484

EPOC 5 (19,2%) 12 (27,9%) 0,418

Índice Charlson 4,23 (2,7-7,7) 4 (2,1-5,8) 0,645

Tabaquismo 16 (61,5%) 24 (55,8%) 0,641

Alcohol 10 (38,5%) 9 (20,9%) 0,114

IMC preoperatorio (kg/m²) 27,2 (23,1-29) 26,5 (22,8-29,5) 0,837

Tipo histológico

Adenocarcinoma 16 (69,6%) 33 (82,5%) 0,234

Epidermoide 7 (30,4%) 7 (17,5%)

Neoadyuvancia 16 (61,5%) 23 (57,1%) 0,663

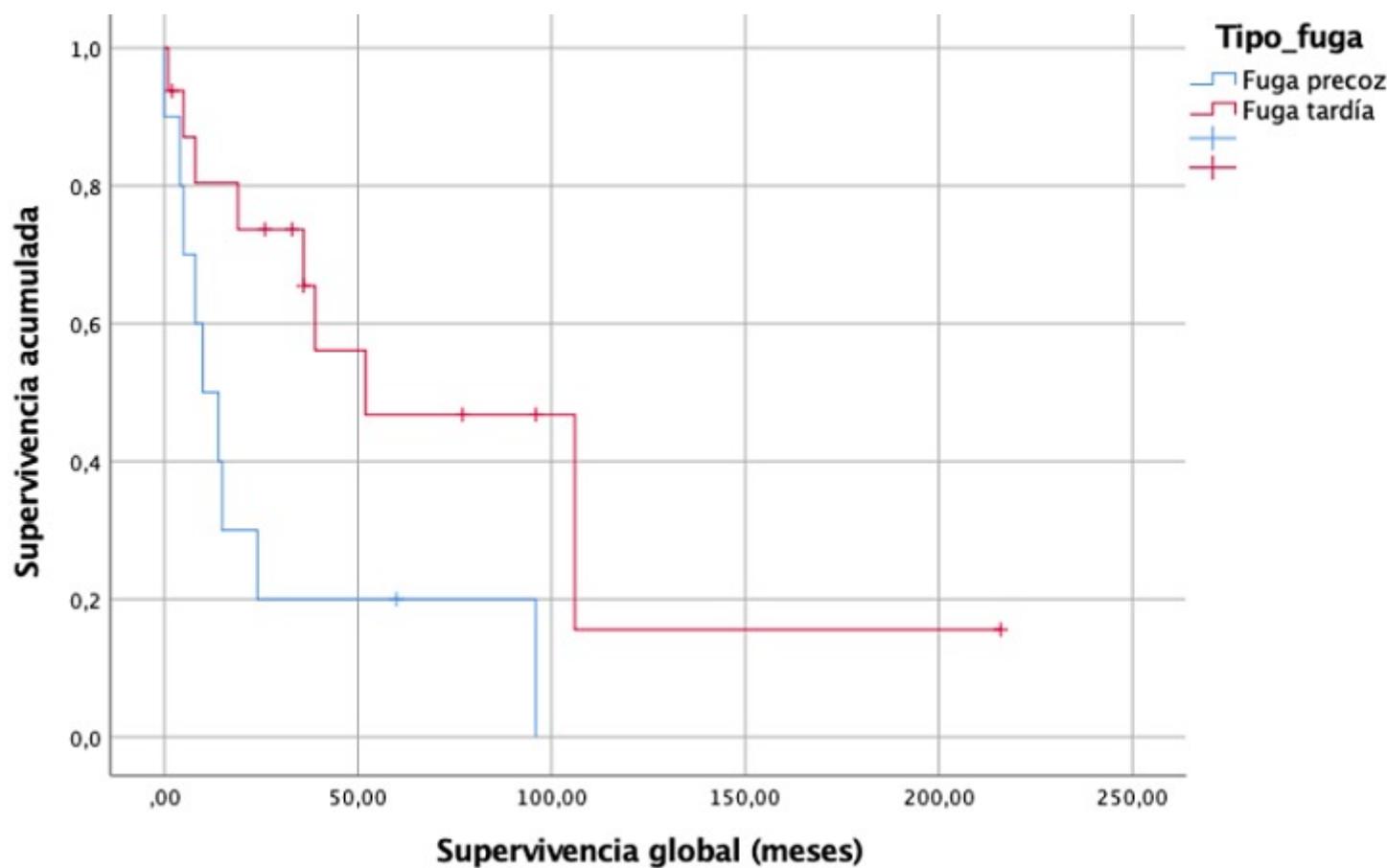
Técnica

Orringer (abierta) 11 (42,3%) 25 (58,1%) 0,202

McKeown (mínimamente invasiva) 15 (57,7%) 18 (41,9%)

Cirugía R1	3 (11,5%)	0	0,041
Tipo anastomosis			
Mecánica circular	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0,005
Manual	18 (31,6%)	39 (68,4%)	
Yeyunostomía	11 (42,3%)	21 (50%)	0,537
Momento colocación yeyunostomía			
Preneoadyuvancia	2 (18,2%)	3 (14,3%)	0,035
Cirugía	6 (54,5%)	18 (85,7%)	
Posoperatoria	3 (27,3%)	0	
Triple drenaje	13 (50%)	11 (26,2%)	0,018
Reintervención	5 (19,2%)	2 (4,7%)	0,049
Dindo-Clavien			
I	2 (7,7%)	20 (46,5%)	
II	15 (57,7%)	10 (23,3%)	0,008
III	1 (3,8%)	1 (2,3%)	
IV	4 (15,4%)	8 (18,6%)	
V	4 (15,4%)	4 (9,3%)	
Complicaciones respiratorias	9 (34,6%)	16 (37,2%)	0,828

Estancia hospitalaria (días)	36 (16-56)	14 (4-24)	0,001
Reingreso	6 (26,1%)	3 (7,7%)	0,047
Estenosis anastomosis	11 (50%)	11 (28,2%)	0,069
Mortalidad posoperatoria	4 (15,4%)	4 (9,5%)	0,585
Mortalidad global	18 (69,2%)	25 (58,1%)	0,53



Conclusiones: En nuestra serie no se detectó ningún factor preoperatorio como predisponente para el desarrollo de FAC. La anastomosis mecánica circular fue el factor quirúrgico más relevante relacionado con la misma. Aunque la FAC fue frecuente, la mayoría resolvieron sin necesidad de tratamiento quirúrgico, y pese a que su impacto en la morbilidad posoperatoria no fue desdeñable, no influyó en la mortalidad y supervivencia a corto ni a largo plazo.