



P-120 - ANASTOMOSIS TRIANGULAR MECÁNICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN TRAS ESOFAGUECTOMÍA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS

García Moreno, Virginia; Vivas López, Alfredo; Pérez Zapata, Ana; Vega Novillo, Viviana; Chitty Nieto, Madeleine; Rodríguez Cuéllar, Elías; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: El cáncer de esófago es el octavo en frecuencia y su pronóstico es desfavorable. La cirugía es un pilar fundamental en su tratamiento con diversos abordajes descritos así como técnicas de reconstrucción que varían según el segmento elegido, la ubicación de la anastomosis y su confección. El tratamiento quirúrgico es complejo siendo la complicación más temida la fuga anastomótica (FA) que se produce hasta en un 5-40% de los pacientes y puede alcanzar una mortalidad del 12%. Distintos estudios muestran en la reconstrucción mediante esofagogastroplastia menor tasa de FA en las anastomosis mecánicas frente a las manuales. En cuanto a las anastomosis TM algunos estudios describen menor incidencia de FA con tasas en torno al 10%. Nuestro objetivo es describir los resultados iniciales de la esofagogastrostomía con anastomosis triangular mecánica en nuestro centro.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo de aquellos pacientes sometidos entre octubre de 2017 y diciembre de 2021 a esofaguestomía según técnica de Mackweon con esofagogastrostomía terminoterminal triangular mecánica. Para la realización de dicha anastomosis se dividió la circunferencia en 3 caras realizándose en primer lugar la cara posterior, inicialmente con 5 puntos tractores para una tracción simétrica, y después seccionándose y grapándose con endograpadora de 60 mm. A continuación se realizó la misma maniobra para la confección de las caras anterolateral y anteromedial conformando así las dos caras restantes del triángulo. Posteriormente se comprobó la anastomosis con un test de estanqueidad aérea.

Resultados: El número de pacientes incluidos fue 18, 14 hombres y 4 mujeres con una media de edad de 63,4 (44-74) años. La indicación de la esofaguestomía fue por neoplasia esofágica en 16 de los pacientes, por estenosis benigna completa y papiloma extenso irresecable endoscópicamente en los 2 restantes. Entre los pacientes con diagnóstico de neoplasia 12 (75%) recibieron inicialmente neoadyuvancia. El tiempo medio del procedimiento fue de 418,3 (325-535) minutos. Se produjo fístula anastomótica en 6 pacientes (33,3%). Solo uno precisó reintervención quirúrgica, otro paciente se trató mediante colocación de prótesis, 1 paciente precisó terapia de presión negativa (EndoSPONGE®), en 2 casos se realizó manejo conservador y, por último, se produjo un *exitus* por esta causa en el posoperatorio inmediato. La mediana de estancia hospitalaria fue de 23 (7-69) días. En 5 casos se desarrolló estenosis de la anastomosis durante el seguimiento con buena respuesta a tratamiento endoscópico. Se produjeron 2 fallecimientos, 1 a consecuencia de FA y otro por síndrome de distrés respiratorio.

Conclusiones: En nuestra serie la tasa de FA tras realización de anastomosis TM fue superior a la encontrada en otras series, si bien esta diferencia podría deberse al menor número de pacientes incluidos, a las

diferencias en sus características y a la elevada proporción de neoadyuvancia. También cabe destacar una tendencia al descenso en el desarrollo de FA tras la realización de los primeros casos. Por tanto, y al igual que en la literatura, la anastomosis TM parece tener resultados favorables respecto a otras técnicas para la confección de la esofagogastrostomía a nivel cervical tras esofagectomía.