CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):151

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-115 - ¿INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RADICAL O QUIMIORRADIOTERAPIA DEFINITIVA PARA EL CÁNCER DE ESÓFAGO CERVICAL? EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Andrade Yagual, Aldo Andrés[1]; Cuadrado Ayuso, Marta[1]; Priego Jiménez, Pablo[1]; Barranquero, Alberto G.[2]; Barberan Duran, Rafael[1]; Martín Martín, Margarita[1]; Fernández Cebrián, José María[1]; Galindo Álvarez, Julio[1]

[1]Hospital Ramón y Cajal, Madrid; [2]Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: El cáncer de esófago cervical (CEC) es una patología poco frecuente, constituyendo el 5-8% de las neoplasias esofágicas. De acuerdo con las guías NCCN y ESMO, la quimiorradioterapia con intención curativa (dQRT) constituyen los pilares del tratamiento en estadios establecidos, pero los efectos adversos de dicha práctica no son desdeñables. Por los motivos mencionados, es cuestionable si una intervención quirúrgica radical (IQR) sería beneficiosa en casos seleccionados de CEC.

Objetivos: Comparar el tiempo libre de enfermedad y la supervivencia de los pacientes con CEC sometidos a IQR y dQRT. Describir las características de los pacientes con CEC sometidos a IQR y dQRT.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, incluye 17 pacientes con diagnóstico de CEC tratados entre los años 2012-2021. Las variables a estudio fueron el sexo, edad, antecedentes personales, estadiaje del tumor, tipo de tratamiento, tiempo de seguimiento hasta la presencia de recidiva y hasta la finalización del estudio y variables relacionadas con la IQR.

Resultados: Se incluyeron a 17 pacientes, 11 (64,71%) sometidos a IQR y 6 (35,29%) a dQRT. El promedio de edad fueron 61,4 y 63,3 años respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas. 15 (88,23%) pacientes fueron varones y 2 (11,77%) mujeres. Dentro del grupo de IQR 5 pacientes (45,45%) tenían antecedente de neoplasia aerodigestiva superior. Respecto a los pacientes sometidos a IQR, 3 pacientes (27,27%) recibieron dQRT como primera opción, y en 8 (72,72%) IQR. Sobre el tipo de reconstrucción en 9 pacientes (81,81%) se usó gastroplastia, y en 2(18,19%) se usaron colgajos miocutáneos pediculados. La media de inicio de tolerancia oral fue 21,09 días. Como complicaciones posquirúrgicas presentaron fístula faríngea 4 pacientes (36,36%) tratados de manera conservadora, estenosis de la anastomosis en 1 (9%), dehiscencia de la anastomosis 3 (27,27%) y necrosis de colgajo 1 (9%). Sobre los pacientes sometidos a dQRT, 6 (100%) pacientes presentaron astenia, esofagitis y radiodermitis y 1 (16,66%) fístula traqueoesofágica. El tiempo de seguimiento tuvo una mediana de 14 meses (RQ: 8,5- 42,5). Sobre la media del intervalo libre de enfermedad para el grupo IQR y dQRT, que fue de 51,27 y 29,7 meses respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas (p = 0,77). La mediana de supervivencia de los pacientes sometidos a IQR fue de 26 meses y en el grupo dQRT 25 meses, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (p = 0,87).

Conclusiones: La dQRT es la terapéutica recomendada en la actualidad por la NCCN y la ESMO, sin cambios relevantes de las recomendaciones en las últimas décadas. En el estudio actual se evidenció una diferencia notable en el tiempo libre de enfermedad a favor de la IQR, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en tiempo libre de enfermedad ni supervivencia. Existen diversas técnicas para la reconstrucción tras la cirugía, la gastroplastia es un método seguro y efectivo para la restauración de la continuidad alimentaria. Serán necesarios más estudios para comparar el uso de la dQRT y la IQR, en términos de supervivencia general, calidad de vida y efectos adversos de los tratamientos, especialmente la capacidad de continuar con la alimentación oral.

0009-739X © 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados