



## P-141 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA NEOPLASIA DE ESÓFAGO ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO. ¿CUÁNDO ES MEJOR OPERAR?

Almoguera González, Francisco José; García Corona, Marta; Senent Boza, Ana; Socas Macías, María; López Bernal, Francisco; Pérez Andrés, Inmaculada; Alarcón del Agua, Isaías

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de esófago representa un desafío tanto para los cirujanos como para los oncólogos. En la actualidad, el concepto de neoadyuvancia es ampliamente aceptado, pero el tiempo de espera después de finalizar el tratamiento quimioterápico no está bien definido. La literatura sugiere que este tiempo mínimo es de 6 a 8 semanas tras concluir la quimioterapia.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de las neoplasias esofágicas intervenidas con intención curativa en nuestra unidad desde 2018 hasta 2023. La  $n$  es de 50 pacientes. Las variables analizadas las dividimos en demográficas (sexo, IMC, edad), prequirúrgicas del paciente (TNM, neoadyuvancia con QT o RT, quimioterápico utilizado así como el número de ciclos, tiempo de espera hasta intervención quirúrgica), tipo de cirugía, localización tumoral, variables posquirúrgicas (fuga, reIQ, EDA, tipo linfadenectomía, número de ganglios resecados, tasa de *exitus* y de recidiva), variables anatomo-patológicas (subtipo de neoplasia, afectación de márgenes, número de ganglios positivo, comparación de TNM prequirúrgico y posquirúrgico) y por último de la supervivencia a largo plazo. Realizaremos un análisis estadístico de las posibles causas de mala evolución posquirúrgica tras intervención haciendo un especial hincapié en el tiempo de espera tras finalizar tratamiento neoadyuvante.

**Resultados:** Los resultados demográficos muestran un 93% hombres siendo la mediana del IMC 25,1. La mediana de edad es de 57,5 años (30-78). Si nos basamos en el seguimiento posoperatorio la mediana de días de ingreso ha sido de 14 días (8-132) con una tasa de fuga tras esofagectomía del 34% sin embargo la necesidad de reintervención quirúrgica fue únicamente del 11% ya que la mayoría se pudieron manejar por tratamiento endoscópico. La tasa de R0 tras intervención es del 93,8% siendo la mediana de los ganglios resecados de 18,5 (8-45) realizando en la mayoría de las ocasiones linfadenectomía estándar (83%) vs. extendida (17%). Recibieron neoadyuvancia el 88% siendo la media de espera hasta intervención quirúrgica 47,5 días (25-101). Esto nos hizo plantearnos la necesidad de analizar si el tiempo de espera quirúrgico es relevante en las complicaciones *a posteriori*, en nuestro análisis a mayor tiempo de espera ( $> 54$  días) la tasa de complicación es menor, aunque no es estadísticamente significativo ( $p > 0,05$ ). La tasa de *exitus* en los primeros 90 días es del 0% mientras que la tasa de *exitus* en general desde la intervención hasta nuestros días es del 15%.

**Conclusiones:** Esta patología es poco frecuente en nuestro medio, aunque cada vez presenta más prevalencia. El difícil diagnóstico precoz hace que tenga un tratamiento multidisciplinar para su tratamiento, así como la necesidad de QT-RT neoadyuvante como adyuvante. La intervención es un reto para el cirujano por la alta

tasa de complicaciones como se describe en la literatura por lo que el análisis de cada centro para la disminución de estas complicaciones se hace primordial en esta patología. Estamos actualmente en proceso de finalizar la recogida de pacientes para la realización de un estudio multivariante para ampliar los posibles factores de riesgo que se pueden evitar para disminuir la tasa de fuga.