



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-194 - TUMOR METACRÓNICO SOBRE PLASTIA GÁSTRICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA POR ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO: UNA ENTIDAD CADA VEZ MÁS FRECUENTE

Montes Osuna, M.<sup>a</sup> del Carmen; Sánchez Arco, Alba M.<sup>a</sup>; Triguero Cabrera, Jennifer; Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, M.<sup>a</sup> Jesús

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico indicado en el cáncer de esófago distal es la esofagectomía subtotal con linfadenectomía. La plastia gástrica (PG) es de elección para reconstruir el tránsito digestivo. La mejoría en el diagnóstico y tratamiento multidisciplinar de estos tumores ha supuesto una mayor supervivencia de los pacientes, con un consecuente aumento en la incidencia de tumores metacrónicos sobre dicha plastia. Presentamos el primer caso clínico en nuestro centro de tumor metacrónico sobre PG, en un paciente sometido a esofagectomía subtotal por adenocarcinoma de la unión esofagogástrica (UEG).

**Caso clínico:** Varón de 66 años diagnosticado en 2014 de adenocarcinoma de la UEG localmente avanzado, tratándose mediante quimioterapia neoadyuvante y posterior esofagectomía subtotal mediante abordaje transhiatal, con PG de sustitución y anastomosis cervical. El resultado anatomopatológico fue T4bN3. Al 8.º año posoperatorio, el PET-TC de control evidenció un foco hipermetabólico sobre zona antral prepilórica. La endoscopia digestiva alta (EDA) visualizó un engrosamiento circunferencial, realizándose biopsia con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma bien diferenciado. La ecoendoscopia mostró un estadio cT3N0MX. En comité multidisciplinar se decidió neoadyuvancia y posterior cirugía. La cirugía definitiva se realizó mediante triple abordaje. A través de toracotomía lateral derecha, se procedió a disecar la PG de las estructuras mediastínicas. El abdomen se abordó mediante laparotomía media, palpándose la tumoración en la PG a nivel prepilórico, situada sobre el hiato. Se realizó la disección gástrica con sección a nivel duodenal tras ligadura de los vasos gastroepiploicos derechos. Para la reconstrucción del tránsito se utilizó una coloplastia transversa izquierda isoperistáltica pediculada en los vasos cólicos izquierdos, previa prueba de clampaje y estudio de perfusión adecuado con verde de indocianina. La plastia colónica fue ascendida por vía retroesternal. El esófago cervical fue abordado a través de cervicotomía izquierda, con sección esofágica craneal a la anastomosis previa. La reconstitución del tránsito a nivel proximal se realizó mediante anastomosis esofagoyeyunal termino-terminal manual. A nivel distal, mediante anastomosis coloyeyunal, pie de asa a 60cm y anastomosis colocólica terminoterminal. Se colocó yeyunostomía de alimentación distal al pie de asa. En el posoperatorio, el paciente presentó dehiscencia de la anastomosis colocólica con necesidad de dos reintervenciones, y fuga de la anastomosis esofagocólica tratada de forma conservadora. El estudio anatomopatológico definitivo reveló un adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado, pT4aN0.

**Discusión:** La incidencia de tumores metacrónicos gástricos tras esofagectomía por cáncer ha aumentado en la última década (1,9-8%). Es más frecuente en el sexo masculino y en su mayor parte suelen ser adenocarcinomas. Su patogénesis no está aclarada, con factores de riesgo similares al cáncer gástrico

primario. En el seguimiento de pacientes intervenidos de cáncer de esófago, se recomienda la realización de una EDA anual, lo cual favorecería la detección de tumores poco avanzados. El tratamiento dependerá del estadio tumoral y del estado basal del paciente, pudiendo considerarse resecciones endoscópicas en tumores en estadios tempranos. El tratamiento quirúrgico indicado en los casos localmente avanzados es la resección total de la PG con reconstrucción mediante plastia de colon, la cual presenta alto riesgo de complicaciones.