

Cartas al director



Dehiscencias en las gastroplastias cervicales: ¿es posible disminuir su incidencia?

Sr. Director:

Queremos felicitar a Roig-García et al¹ por el excelente trabajo publicado en el número de abril de su revista. Confirma que el grupo del Dr. Roig es uno de los referentes en España de la cirugía laparoscópica esofagogastrica.

Dicho esto, nos gustaría matizar las cifras de dehiscencia anastomótica referidas. Creemos que no pueden mezclarse dos tipos de anastomosis distintos como son la intrapleural y la cervical. La incidencia de fístula anastomótica cervical se calcula sobre 50 (16%) enfermos cuando debería hacerse sobre una población de idénticas características: 8/31 (25%). Lo mismo sucedería en las dehiscencias intratorácicas, que no serían 1/50 (2%), sino 1/19 (5%).

Esto nos lleva al elevado número de dehiscencias anastomóticas en las gastroplastias cervicales referidas en la literatura internacional^{2,3}, que constituyen un grave problema en esta cirugía. Nuestra unidad inició en 2001 el acondicionamiento gástrico (*delay phenomenon*)^{4,5} mediante arteriografía selectiva y embolización de las arterias gástrica izquierda, gástrica derecha y esplénica⁶ con una baja morbilidad (1,8%) en los pacientes programados para gastroplastia cervical. Un estudio experimental realizado por nuestro grupo apuntaba a que la neovascularización de la plastia después del acondicionamiento gástrico era máxima a los 14 días postembolización⁷. Todas las esofagogastrostomías se realizaron en situación término-lateral con sutura discontinua manual de material reabsorbible.

La cirugía se efectuó entre los 15 y 30 días del acondicionamiento. Hemos realizado 33 procedimientos completos hasta la actualidad, con una incidencia de dehiscencia anastomótica del 3,3%.

Creemos que el acondicionamiento gástrico puede ser una buena técnica para disminuir la incidencia de dehiscencias anastomóticas en la gastroplastia cervical.

**Leandre Farran Teixidor, Mònica Miró Martín,
Carla Bettónica Larrañaga
y Humberto Aranda Danso**

Unidad de Cirugía Esofagogastrica.
Servicio de Cirugía General
y Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Roig-García J, Gironés-Vilà J, Garsot-Savall E, Puig-Costa M, Rodríguez-Hermosa J, Codina-Cazador A. Esofagectomía transtorácica y transhiatal mediante técnicas mínimamente invasivas. Experiencia en 50 pacientes. *Cir Esp.* 2008;83:180-5.
2. Valverde A, Hay JM, Fingerhut A, et al. Manual versus mechanical esophagogastric anastomosis after resection for carcinoma: a controlled trial. *Surgery.* 1996;120:476-83.
3. Ando N, Ozawa S, Kitagawa Y, et al. Improvement in the results of surgical treatment of advanced squamous cell esophageal carcinoma during 15 consecutive years. *Ann Surg.* 2000;232:225-30.
4. Urschel JD. Ischemic conditioning of the rat stomach: implications for esophageal replacement with stomach. *J Cardiovasc Surg.* 1995;36:191-3.
5. Urschel JD, Antkowiak JG, Delacure MD, et al. Ischemic conditioning (delay phenomenon) improves esophagogastric anastomotic wound healing in the rat. *J Surg Oncol.* 1997;66:254-6.
6. Akiyama S, Ito S, Segikuchi H, et al. Preoperative embolisation of gastric arteries for esophageal cancer. *Surgery.* 1996;120:542-6.
7. Lamas S, Azuara D, De Oca J, et al. Time course of necrosis/apoptosis and neovascularization during experimental gastric conditioning. *Dis Esophagus.* 2008 [en prensa].



Respuesta de los autores

Sr. Director:

Agradezco sinceramente las palabras de elogio de Farran et al hacia nuestro trabajo recientemente publicado en *CIRUGÍA ESPAÑOLA* sobre la utilización de la toracoscopía y la laparoscopia en la esofagectomía por cáncer¹. Estoy de acuerdo con ellos en que la dehiscencia de la sutura esofagogastrica tras la resección es uno de los principales problemas que tenemos los grupos que nos dedicamos a esta patología. La situación se agrava, como se desprende de nuestra experiencia y de la de otros muchos autores, cuando se trata de una anastomosis cervical.

Los autores que disponen de un volumen importante de pacientes intervenidos describieron hace tiempo que una plastia gástrica vaciaba mejor cuando era estrecha y no llevaba piloroplastia². No obstante, esta práctica llevó a los autores que le siguieron a ver incrementado su índice de dehiscencias en anastomosis cervicales, al constatar un debilitamiento de la vascularización de la plastia³. La solución ha sido incrementar el ancho a un mínimo de 6 cm⁴; ésta es la técnica que nosotros venimos realizando.

La información aportada por el Dr. Farran de sólo un 3,3% de dehiscencias en 33 procedimientos es incluso mejor que los datos más optimistas de las series con más experiencia. Sería deseable conocer si hay una selección previa de los candidatos o bien se aplica a todos los pacientes a quienes se intervendrá de cáncer de esófago, así como las posibles complicaciones preoperatorias atribuibles a esa práctica. Es importante toda actividad encaminada a mejorar la vascularización de una plastia que debe ser desplazada tan lejos de su ubicación.

ción habitual y, en este sentido, esperamos con interés los futuros resultados de su experiencia.

José Roig García

Unidad de Cirugía Esófago-Gástrica.
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. España.

Bibliografía

1. Roig-García J, Gironés-Vilà J, Garsot-Savall E, Puig-Costa M, Rodríguez-Hermosa J, Codina-Cazador A. Esofagectomía transtorácica y transhiatal mediante técnicas mínimamente invasivas. Experiencia en 50 pacientes. *Cir Esp.* 2008;83:180-5.
2. Bemelman WA, Taat CW, Slors JF, et al. Delayed postoperative emptying after esophageal resection is dependent on the size of the gastric substitute. *J Am Coll Surg.* 1995;180:461-4.
3. Piere JP, De Graaf PW, Von Vroonhoven TJ, et al. The vascularization of a gastric tube as a substitute for the esophagus is affected by its diameter. *Dis Esophagus.* 1998;11:231-5.
4. Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, Christie N, McCaughan JS, Little VR, et al. Minimally invasive esophagectomy. Outcomes in 222 patients. *Ann Surg.* 2003;238:486-95.

Fe de errores

En el artículo “Duplicación apendicular con presencia de adenocarcinoma”, publicado en el número de junio de esta revista (*Cir Esp.* 2008;83:333) se ha detectado un error en el nombre de la primera autora. Donde dice “Marta López-Deogracias” debería decir “Maite López-Deogracias”.

La modificación se ha incorporado en la versión electrónica de este artículo, disponible en:
<http://www.elsevier.es/cirugia>