



Editorial

Cirugía del cáncer de esófago: una llamada en favor de la centralización

Surgery for cancer of the oesophagus: A plea for centralization



El cáncer de esófago es una enfermedad agresiva, frecuentemente avanzada en el momento del diagnóstico y de incidencia relativamente baja, que afecta a pacientes con múltiples comorbilidades, a menudo malnutridos, y cuyo tratamiento requiere la colaboración estrecha entre diferentes especialistas.

Existe un alto nivel de evidencia de que los pacientes con cáncer de esófago se benefician de un tratamiento multimodal¹, por lo que el Comité de tumores juega un papel fundamental, particularmente si sus decisiones se basan en un protocolo consensuado y actualizado que permite ofrecer a cada caso el mejor tratamiento disponible. En la dinamización del proceso, tanto durante el estudio de extensión como en la fase de optimización preoperatoria (física, nutricional, psicológica, de la comorbilidad asociada y de la anemia), la figura del gestor de casos o «enfermería de enlace» permite sincronizar pruebas diagnósticas e interconsultas, reduciendo demoras de forma significativa.

Como destaca Mariette y Piessen², la calidad de la cirugía se basa en una resección R0, es decir, con márgenes libres macro y microscópicos, y en una linfadenectomía adecuada, que exige la inclusión en la pieza quirúrgica no solo del órgano afectado, sino del tejido linfogástrico circundante, y que obliga por lo tanto a un abordaje transtorácico. Estas condiciones se cumplen más fácilmente en una unidad con un volumen mínimo de actividad que, además, permite minimizar las complicaciones, o su efecto, mediante un manejo precoz y especializado de las mismas, reduciendo el denominado *failure to rescue* (índicador que describe la mortalidad derivada de complicaciones no identificadas y tratadas adecuadamente).

Existe una clara relación entre el volumen de actividad y la mortalidad operatoria. Metzger et al.³ señalan una mortalidad del 18% en centros que realizan menos de 5 esofagectomías al año, frente al 4,9% si el número supera las 20, cifras superponibles a la serie clásica de Birkmeyer et al.⁴. En varios países europeos, además de en Estados Unidos, el volumen

mínimo aconsejado es de 20 resecciones al año, cifra que debe ir acompañada de la capacidad de respuesta multidisciplinar a las complicaciones 24 horas al día (endoscopia y radiología intervencionistas, además de la cirugía esofágica y de una Unidad de críticos) y de un registro prospectivo de actividad que permita evaluar la calidad de los resultados⁵, compararlos con los demás y con los benchmarks internacionales⁶, y basar nuestras decisiones y planes de mejora en datos globales más que en nuestra limitada experiencia. En nuestro entorno, algunas comunidades autónomas, por su población, difícilmente pueden alcanzar estas cifras, en cuyo caso se aconseja concentrar la actividad en un solo centro y monitorizar los resultados⁷.

En el Reino Unido se establece una Unidad de cirugía esofágica por cada millón de habitantes⁸, con una mediana de procedimientos de 17,5 por hospital al año entre 2005 y 2010, al contrario que en Estados Unidos, donde la mitad de los hospitales realizaban 2 o menos⁹. En este país, entre los años 2000 y 2014 se produjo una centralización espontánea en la cirugía del cáncer de esófago: las intervenciones realizadas en centros de alto volumen ascendieron del 29,2 al 68,5%, con una reducción de la mortalidad del 10 al 3,5%, que incluyó a todas las razas, a los hospitales públicos y a los pacientes de bajos ingresos¹⁰.

En el proceso de concentración de la cirugía oncológica digestiva de alta especialización en Cataluña, la mortalidad intrahospitalaria en la cirugía del cáncer de esófago se redujo en un 75%, pasando del 11,2% en el período 2005-2011 al 2,8% en 2012-2013¹¹. En la actualidad, tras la instrucción 01/2019, el cáncer de esófago en Cataluña solamente se puede intervenir en 5 centros, con un volumen mínimo de 11 procedimientos al año.

La existencia de un volumen mínimo de actividad permite además avanzar en el desarrollo y la implantación de la cirugía mínimamente invasiva, con las ventajas que conlleva, minimizando el efecto de la curva de aprendizaje, que se manifiesta no solamente en el porcentaje de complicaciones,

sino en una menor calidad de la resección durante las fases iniciales de la experiencia.

Dentro de sus políticas sanitarias, países como Austria, Dinamarca y Suiza basan la decisión de centralizar una patología en criterios que incluyen la baja incidencia, la complejidad (con alta morbilidad postoperatoria), los requerimientos estructurales, el coste y la evidencia de una relación entre volumen y resultados⁵. La concentración de casos favorece la adecuada selección de los pacientes, la dinamización del proceso, la mejoría en la técnica quirúrgica, el fenómeno del «rescate» en caso de complicaciones, la posibilidad de formar especialistas adecuadamente y la investigación, sin olvidar la posibilidad de acreditación por parte de sociedades científicas.

La centralización de la cirugía del cáncer de esófago no es solamente una necesidad en nuestro país, donde podemos mejorar los resultados globales, sino la oportunidad de implementar algunos planes oncológicos ya definidos y de dar ejemplo frente a otras patologías de similares características, como el cáncer de páncreas o el de recto.

Este es el desafío al que nos enfrentamos. Este es el barco en el que navegamos juntos.

B I B L I O G R A F Í A

1. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Esophageal and esophagogastric junction cancers. Version 2.2022.
2. Mariette C, Piessen G. Oesophageal cancer: How radical should surgery be? *Eur J Surg Oncol.* 2012;38:210–3.
3. Metzger R, Bolkschweiler E, Vallböhmer D, Maish M, DeMeester TR, Hölscher AH. High volume centers for esophagectomy: What is the number needed to achieve low postoperative mortality? *Dis Esoph.* 2004;17:310–4.
4. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2002;346:1128–37.
5. Vonlanthen R, Lodge P, Barkun JS, Farges O, Rogiers X, Soreide K, et al. Towards a consensus on centralization in surgery. *Ann Surg.* 2018;268:712–24.
6. Schmidt HM, Gisbertz SS, Moons J, Rouvelas I, Kauppi J, Brown A, et al. Defining benchmarks for transthoracic esophagectomy: A multicenter analysis of total minimally invasive esophagectomy in low risk patients. *Ann Surg.* 2017;266:814–21.
7. Recomendaciones de la Sección de cirugía esófago-gástrica de la AEC sobre la práctica de la cirugía del cáncer de esófago en nuestro entorno. Disponible en: https://extranet.aecirujanos.es/Esofagogastrica/Documentacion-y-Protocolos_es_11_202.html
8. Martínez Isla A. Sectorización de las enfermedades oncológicas. La experiencia del Reino Unido (editorial). *Cir Esp.* 2005;77:245–6.
9. Munasinghe A, Markar SR, Mamidanna R, Darzi AW, Faiz OD, Hanna GB, et al. Is it time to centralize highrisk cancer care in the United States? Comparison of outcomes of esophagectomy between England and the United States. *Ann Surg.* 2015;262:79–85.
10. Schlottmann F, Strassle PD, Charles AG, Patti MG. Esophageal cancer surgery: Spontaneous centralization in the US contributed to reduce mortality without causing health disparities. *Ann Surg Oncol.* 2018;25:1580–7.
11. Manchón-Walsh P, Espinàs JA, Prades J, Aliste L, Pozuelo A, Benaque A, et al. Evaluación del proceso de concentración de la cirugía oncológica digestiva de alta especialización en Cataluña. Monográficos de la Central de Resultados. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Cataluña, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2016.

Ismael Diez del Val

Sección de Cirugía esófago-gástrica y bariátrica, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Correo electrónico: ismael.diezdelval@osakidetza.eus

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.03.015>

0009-739X/

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