

## Comentario

# Comentario a: Esofagogastrostomía cervical diferida: una opción técnica cuando se evidencia isquemia del tubo gástrico en el momento de la esofagectomía



## Comment: Delayed cervical esophagogastrostomy: A surgical alternative for patients with ischemia of the gastric conduit at time of esophagectomy

Felicito a los autores por el tratamiento utilizado en un paciente con varias comorbilidades, al que se iba a practicar una esofagectomía. Los factores de riesgo que se sabe que se asocian a una mala cicatrización de la esofagogastrostomía son la diabetes, la hipertensión, las arritmias cardíacas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el tratamiento neoadyuvante. El paciente del autor tenía 3 de los factores de riesgo de esta lista; diabetes, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. De hecho, estas comorbilidades deben alertar al cirujano respecto a que la perfusión del conducto gástrico utilizado para la reconstrucción podría mostrar signos de isquemia marginal y a que debe disponer de un plan de tratamiento alternativo de reserva. En realidad, la isquemia del tubo gástrico es el «talón de Aquiles» de la resección esofágica y la reconstrucción. Si no se trata de la forma adecuada puede conducir a una cascada de procesos con fuga anastomótica, sepsis, fallo multisistémico y muerte del paciente.

Para estos pacientes hemos diseñado una estrategia de reconstrucción diferida. Se moviliza el conducto gástrico isquémico, se fija en el cuello y se realiza una esofagostomía cervical. Al cabo de 90 días después de la operación inicial, se realiza una esofagogastrostomía en un segundo tiempo, a nivel cervical. Hemos utilizado esta estrategia de reconstrucción diferida en 37 pacientes a lo largo de los años. Todos ellos se recuperaron de la operación de esofagectomía sin presentar signos de necrosis isquémica ni fístulas del conducto gástrico. En 35 de los 37 pacientes se llevó a cabo una esofagogastrostomía diferida. En el momento de la reconstrucción, todos ellos presentaban tubos gástricos bien perfundidos y las anastomosis habían cicatrizado sin fugas, infecciones de herida ni sepsis.

Se produjo una estenosis (en 3 pacientes) que se trató con éxito mediante dilatación. La esofagogastrostomía diferida no llegó a realizarse en 2 pacientes debido a la recidiva de la enfermedad maligna. Esta experiencia nos ha llevado a pensar que la esofagogastrostomía diferida constituye una estrategia aceptable para el tratamiento de los pacientes con comorbilidades y con un tubo gástrico isquémico en el momento de la esofagectomía. Su empleo facilita una recuperación segura de la operación inicial y proporciona tiempo para el acondicionamiento isquémico del estómago. La principal diferencia entre nuestra estrategia y las estrategias de acondicionamiento isquémico descritas por otros autores es que nosotros aplicamos el concepto de acondicionamiento isquémico de manera selectiva a los pacientes con signos de isquemia del tubo gástrico en el momento de la esofagectomía.

Nos complace comprobar que nuestra estrategia resultó útil al grupo del Dr. Pera, y que su experiencia coincide con la nuestra. A fin de cuentas, este es el objetivo de publicar la experiencia clínica de una forma científica.

Tom R. DeMeester

*Professor Emeritus General and Thoracic Surgery, Chairman Emeritus Department of Surgery, University of Southern California School of Medicine, Los Angeles, CA, Estados Unidos*

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.001>