



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Consenso para definir y dar a conocer las complicaciones de la esofagectomía: un paso importante para la utilización de un lenguaje común



Consensus for defining and reporting complications after esophagectomy: an important new step in place for using the same language

La esofagectomía sigue siendo una intervención asociada a complicaciones mayores y a un riesgo significativo de mortalidad¹. Las tasas de complicaciones reflejan una combinación de factores entre los que se incluyen la elección apropiada de la intervención, la competencia técnica y la calidad de la asistencia perioperatoria². Las complicaciones son la causa más importante del incremento en la utilización de recursos y en el aumento de los costes derivados del tratamiento del cáncer de esófago³. La identificación precisa de las complicaciones postoperatorias es necesaria para comparar resultados entre cirujanos y centros, llevar a cabo metaanálisis, y proporcionar a los pacientes una información apropiada antes de tomar decisiones². Si los resultados no son definidos, valorados y presentados con exactitud, las estimaciones pueden inducir a error dando lugar a la publicación de resultados sesgados.

En una revisión sistemática de más de 57.000 esofagectomías, Blencowe et al.² observaron que no todas las complicaciones posibles fueron referidas en la totalidad de los artículos evaluados, y que menos del 40% de los estudios incluían una definición precisa de las complicaciones. Las fugas anastomóticas fueron citadas con frecuencia (81%), aunque con 22 definiciones diferentes. La valoración de la gravedad de la complicación se utilizó en menos de una tercera parte de los casos, si bien en todos fueron divididas tan solo en menores y mayores. Incluso el propio dato de la mortalidad puede llevar a confusión ya que, si tan solo se incluye la mortalidad a los 30 días, se puede infravalorar la tasa de mortalidad real en un factor de 4, en comparación con la mortalidad intrahospitalaria o la mortalidad a los 90 días^{4,5}. Se echan en falta propuestas de definiciones de las complicaciones y de su grado de gravedad en intervenciones concretas, con la excepción de un consenso

sobre la definición de las fistulas pancreáticas y del retraso del vaciamiento gástrico después de la cirugía pancreática, que fue elaborado por el International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) hace unos años^{6,7}.

Un estudio publicado recientemente en *Annals of Surgery*⁸ por Donald Low y el Esophagectomy Complications Consensus Group (ECCG) titulado "International consensus on standardization of data collection for complications associated with esophagectomy" es el primer proyecto bien fundamentado dentro de una especialidad quirúrgica, en el cual 21 cirujanos con amplia experiencia de 14 países llegaron a un consenso acerca de lo que puede considerarse una definición estándar de las complicaciones así como de los indicadores de la calidad asistencial aplicada que deben tenerse en cuenta después de una esofagectomía, a través de cuestionarios y reuniones de grupo mediante el método Delphi. En la [Tabla 1](#) se presenta una lista estandarizada de las posibles complicaciones (reproducida con permiso de *Annals of Surgery*). Otras informaciones que no deben ser olvidadas a la hora de publicar los resultados de la esofagectomía son la clasificación de la gravedad con el sistema Dindo-Clavien, los reingresos hospitalarios, los cambios en el nivel de asistencia (reingreso en la unidad de cuidados intensivos), el uso de transfusiones y el destino del paciente al ser dado de alta. Otra cuestión planteada por el ECCG fue la elaboración de definiciones sencillas, pero clínicamente útiles, para 4 "complicaciones quirúrgicas" frecuentes: fuga anastomótica, necrosis de la plastia, fuga de quilo y parálisis de cuerdas vocales, tal como se muestra en la [Tabla 2](#) (reproducida con permiso de *Annals of Surgery*).

En el breve intervalo transcurrido desde la publicación del artículo, la lista estructurada de complicaciones y de indicadores de la calidad asistencial, así como las definiciones

Tabla 1 – Plataforma básica de complicaciones**Pulmonares**

Neumonía (definición: American Thoracic Society e Infectious Diseases Society of America)
 Derrame pleural que requiere colocación de un drenaje adicional
 Neumotórax que requiere tratamiento
 Atelectasia con taponos mucosos que requieren broncoscopia
 Insuficiencia respiratoria que requiere reintubación
 Síndrome de distress respiratorio agudo (definición de Berlín)
 Aspiración aguda
 Lesión traqueobronquial
 Mantenimiento del tubo torácico por fuga de aire durante > 10 días en el postoperatorio

Cardíacas

Paro cardíaco que requiere RCP
 Infarto de miocardio (Definición: Organización Mundial de la Salud)
 Arritmia auricular que requiere tratamiento
 Arritmia ventricular que requiere tratamiento
 Insuficiencia cardíaca congestiva que requiere tratamiento
 Pericarditis que requiere tratamiento

Gastrointestinales

Fuga esofagoentérica con origen en anastomosis, línea de grapas o necrosis localizada de la plastia. Véanse las “Definiciones” de la Tabla 2
 Necrosis/fracaso de la plastia. Véanse las “Definiciones” de la Tabla 2
 Íleo definido como disfunción del intestino delgado que impide o retrasa la alimentación enteral
 Oclusión de intestino delgado
 Complicación de una yeyunostomía de alimentación
 Complicación de piloromiotomía/piloroplastia
 Infección por *Clostridium difficile*
 Hemorragia gastrointestinal que requiere intervención o transfusión
 Retraso en el vaciamiento de la plastia que requiere intervención o alarga el tiempo de hospitalización o requiere mantener la sonda nasogástrica durante > 7 días en el postoperatorio
 Pancreatitis
 Disfunción hepática

Urológicas

Insuficiencia renal aguda (definida como un aumento al doble de la creatinina basal)
 Insuficiencia renal aguda que requiere diálisis
 Infección urinaria
 Retención de orina que requiere un nuevo sondaje urinario, retrasa el alta o comporta un alta con sonda

Tromboembólicas

Trombosis venosa profunda
 Embolia pulmonar
 Ictus (AVC)
 Tromboflebitis periférica

Neurológicas/psiquiátricas

Lesión del nervio recurrente. Véanse las “Definiciones” de la Tabla 2
 Otras lesiones neurológicas
 Delirium agudo (Definición: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^a ed.)
 Delirium tremens

Infección

Infección de herida que requiere apertura de la herida o antibióticos
 Infección de catéter venoso central que requiere su retirada o antibióticos
 Absceso intratorácico/intraabdominal
 Sepsis generalizada (Definición: CDC)
 Otras infecciones que requieren antibióticos

Tabla 1 (Continuación)**Herida/diafragma**

Dehiscencia de herida torácica
 Evisceración/eventración
 Hernia diafragmática aguda

Otras

Fuga de quilo. Véanse las “Definiciones” de la Tabla 2
 Reintervención por razones distintas de hemorragia, fuga anastomótica o necrosis de la plastia
 Síndrome de disfunción multiorgánica (Definición: American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference Committee)

Todas las complicaciones/eventos adversos que aparecen dentro los 30 días después de la operación o durante la estancia intrahospitalaria después de la cirugía deberían ser incluidas. CDC: Centers for Diseases Control and Prevention; RCP: resucitación cardipulmonar.

Tabla 2 – Definiciones**Fuga anastomótica**

Definida como: Defecto del tracto GI que afecta a todo el grosor de la pared en el esófago, la anastomosis, la línea de grapas o la plastia, sea cual sea su forma de presentación o el método de identificación utilizado

Tipo I: Defecto local que no requiere un cambio del tratamiento ni el empleo de tratamiento médico o de modificación de la dieta

Tipo II: Defecto localizado que requiere tratamiento intervencionista pero no quirúrgico, por ejemplo mediante radiología intervencionista para drenaje, implantación de endoprótesis o apertura a la cabecera del paciente y taponamiento con gasas de la incisión

Tipo III: Defecto localizado que requiere tratamiento quirúrgico

Necrosis de la plastia

Tipo I: Necrosis focal de la plastia

Identificada por endoscopia

Tratamiento – Vigilancia adicional o tratamiento no quirúrgico

Tipo II: Necrosis focal de la plastia

Identificada por endoscopia y no asociada a una fuga libre de la plastia o de la anastomosis

Tratamiento – Tratamiento quirúrgico que no comporta una derivación esofágica

Tipo III: Necrosis amplia de la plastia

Tratamiento – Tratada con resección de la plastia y derivación

Fuga de quilo

Tipo I: Tratamiento - modificaciones de dieta entérica

Tipo II: Tratamiento – nutrición parenteral total

Tipo III: Tratamiento – tratamiento intervencionista o quirúrgico*

Nivel de gravedad

(A) < 1 litro de drenaje/día

(B) > 1 litro de drenaje/día

Por ejemplo, una fuga de quilo que drena inicialmente 1200 ml/día y es tratada con éxito mediante la retirada de la alimentación entérica y la instauración de NPT.

Tipo IIB final

Lesión/parálisis de cuerdas vocales

Definida como: Disfunción de cuerdas vocales tras la resección.

La confirmación y evaluación deberán realizarse mediante exploración directa

Tipo I: Lesión transitoria que no requiere tratamiento

Se permite la modificación de la dieta

Tipo II: Lesión que requiere una intervención quirúrgica electiva, por ejemplo, tiroplastia o intervención de medialización

Tabla 2 (Continuación)

Tipo III: Lesión que requiere una intervención quirúrgica aguda (debido a aspiración o problemas respiratorios), por ejemplo tiroplastia o intervención de medialización
 Nivel de gravedad
 (A) Unilateral
 (B) Bilateral
 Por ejemplo, una lesión unilateral de la cuerda vocal requiere una intervención de medialización. Tipo IIA final

*No incluye la colocación electiva de drenajes torácicos quirúrgicos o intervencionistas adicionales.
 GI indica gastrointestinal; NPT, nutrición parenteral total.

utilizadas, han sido ya revisadas por una subespecialidad (Society of Thoracic Surgeons) y una base de datos de ámbito nacional (Países Bajos). En la actualidad se considera su posible inclusión en otras dos bases de datos nacionales, así como en el proyecto EURECCA Upper GI. También se está aplicando en el ensayo internacional Neo-AEGIS que compara la quimioterapia neoadyuvante con la quimiorradioterapia en el tratamiento del cáncer de esófago.

Recientemente se ha desarrollado una página web (www.esodata.org) con el fin de obtener datos para probar y detectar posibles dificultades (mediante el test beta) en la aplicación de este proyecto de complicaciones del ECCG. Este es el primer intento del que tenemos noticia en el que se pretende recoger datos internacionales de forma prospectiva en cualquier tipo de subespecialidad quirúrgica. Es posible que este proyecto sienta un precedente para establecer una nueva metodología para la realización de evaluaciones prospectivas internacionales. Sabemos de otras subespecialidades que están interesadas también en desarrollar un proyecto similar para sus enfermedades específicas.

Los resultados del proyecto ECCG fueron presentados en la reunión del ejecutivo de la International Society for Diseases of the Esophagus (ISDE) en 2015. Está previsto que los resultados del test beta sean presentados en la reunión bianual de la ISDE de 2016. En última instancia, es de esperar que otros estudios prospectivos internacionales sean realizados con el empleo de la página web, bajo los auspicios de un comité de la ISDE.

La centralización de la cirugía del cáncer esofágico y gástrico en España es ya una realidad en Cataluña y Navarra. Desde 2011, el proyecto EURECCA Upper GI viene recogiendo datos sobre los resultados de estas intervenciones en ambas Comunidades Autónomas y existe un acuerdo para utilizar este nuevo conjunto de definiciones de las complicaciones para la presentación en el futuro de los resultados. Sin duda alguna, con la creciente aplicación de auditorías para evaluar los resultados quirúrgicos después de operaciones complejas

y con la introducción de ensayos clínicos quirúrgicos mejor diseñados, resultará imprescindible establecer unos criterios estandarizados para la presentación de sus complicaciones, del tipo y de la exigencia que hoy tan solo disponemos para la esofagectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Finks JF, Osborne NH, Birkmeyer JD. Trends in hospital volumen and operative mortality for high-risk surgery. *N Engl J Med.* 2011;364:2128-37.
2. Blencowe NS, Strong S, McNair AG, et al. Reporting of short-term clinical outcomes after esophagectomy: a systematic review. *Ann Surg.* 2012;255:658-66.
3. Carrott PW, Markar SR, Kuppasamy MK, et al. Accordion severity grading system: assessment of relationship between costs, length of hospital stay, and survival in patients with complications after esophagectomy for cancer. *J Am Coll Surg.* 2012;215:331-6.
4. Markar SR, Karthikesalingan A, Thrumurthy S, et al. Volume-outcome relationship in surgery for esophageal malignancy: systematic review and meta-analysis 2000-2011. *J Gastrointest Surg.* 2012;16:1055-63.
5. Walters DM, McMurry TL, Isbell JM, et al. Understanding mortality as a quality indicator after esophagectomy. *Ann Thorac Surg.* 2014;98:506-11.
6. Bassi C, Dervenis C, Butturini G, et al. Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. *Surgery.* 2005;138:8-13.
7. Wente MN, Bassi C, Dervenis C, et al. Delayed gastric emptying (DGE) after pancreatic surgery: a suggested definition by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS). *Surgery.* 2007;142:761-8.
8. Low D, Alderson D, Cecconello I, et al. International consensus on standardization of data collection for complications associated with esophagectomy. *Ann Surg.* 2015;262:286-94.

Manuel Pera^{aa} y Donald E. Low^b

^{aa}Sección de Cirugía Gastrointestinal, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

^bSection of General Thoracic Surgery, Virginia Mason Medical Center, Seattle, Washington, EE.UU

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Pera@parcdesalutmar.cat (M. Pera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.09.009>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.