



O-174 - TOXINA BOTULÍNICA ENDOSCÓPICA COMO TRATAMIENTO NO INVASIVO DEL RETRASO DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO TRAS ESOFAGUECTOMÍA IVOR-LEWIS

Aparicio López, Daniel; Ruiz Quijano, Pablo; Cantalejo Díaz, Miguel; Chóliz Ezquerro, Jorge; Cano Paredero, Antonio Javier; Lores Valladares, Hector; Cantín Blázquez, Sonia; Ligorred Padilla, Luis Antonio

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Actualmente la esofaguectomía mínimamente invasiva de Ivor-Lewis es el procedimiento empleado en lesiones esofágicas de tercio inferior cuando no existe esófago de Barrett largo. La consiguiente reconstrucción del tránsito digestivo a partir de la tubulización gástrica implica la sección de los nervios vagos lo que degenera en hipertonia pilórica y retraso del vaciamiento gástrico. Todo ello se asocia con un aumento de la morbimortalidad posoperatoria y un incremento del riesgo de dehiscencia. Tradicionalmente se han asociado durante la intervención técnicas para favorecer el vaciado gástrico y la relajación pilórica (pilorotomía y piloroplastia). Sin embargo no están exentas de complicaciones por lo que cada vez más autores recomiendan no asociar sistemáticamente estos procedimientos empleándose otras alternativas menos invasivas. Presentamos dos casos clínicos de retraso del vaciamiento gástrico tras esofaguectomía mínimamente invasiva de Ivor-Lewis tratados satisfactoriamente a través de endoscopia digestiva alta mediante inyección de toxina botulínica.

Métodos: Entre 2019-2020 se intervinieron de manera programada en nuestro centro 28 pacientes diagnosticados de cáncer de esófago según la técnica de Ivor-Lewis. El procedimiento se realizó con el paciente en decúbito supino y un abordaje a dos campos: laparoscopia abdominal para la disección y configuración de la plastia gástrica (tubulización de Akiyama); videotoracoscopia para realizar la disección y resección esofágica seguido de la anastomosis esófago-gástrica. Durante la intervención no se asoció en ningún paciente una técnica para facilitar el drenaje pilórico. Por protocolo se realizó al sexto día posoperatorio un TC tóraco-abdominal con contraste oral para corroborar la integridad de las anastomosis esófago-gástrica.

Resultados: Se identificó en dos pacientes (7,8%) estenosis pilórica. Además ante la sospecha radiológica no confirmada endoscópicamente de dehiscencia anastomótica se colocó una prótesis esofágica en uno de ellos, que se retiró a las 6 semanas. Tras manejo conservador inicial no resolutivo se realizó endoscopia digestiva alta que confirmó la estenosis pilórica por lo que se inyectaron en submucosa 100 U de toxina botulínica distribuida entre los cuatro cuadrantes. Posteriormente al procedimiento los pacientes restablecieron el tránsito intestinal siendo dados de alta sin incidencias. En el seguimiento posterior a 18 meses ambos pacientes mantienen un tránsito intestinal óptimo no habiendo requerido una dosis repetida de toxina botulínica.

Conclusiones: La toxina botulínica tipo A, producida por *Clostridium botulinum*, bloquea la liberación presináptica de acetilcolina sin producir ninguna lesión en las estructuras nerviosas generando una quimiodenervación temporal en la unión neuromuscular. Con su administración endoscópica terapéutica se pretende conseguir un efecto reversible que dure el tiempo suficiente para que surjan nuevas ramas motoras migratorias y se recupere el tono muscular pilórico evitando los efectos adversos a largo plazo de la pilorotomía o piloroplastia. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las distintas técnicas de drenaje pilórico, no obstante la toxina botulínica es menos invasiva y más segura. En base a nuestra experiencia, la administración endoscópica terapéutica de toxina botulínica únicamente a pacientes con retraso del vaciamiento gástrico sintomático tras esofaguectomía Ivor-lewis en contraposición con su uso profiláctico intraoperatorio sistemático, es un procedimiento factible, seguro y reproducible.