



O-198 - DEL MESORRECTO AL MESOESÓFAGO. ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS EN LA ESOFAGUECTOMÍA

Mingol Navarro, Fernando; Ballester Pla, Neus; Kassimi, Kawthar; Sala Hernández, Angela; Vaqué Urbaneja, Francisco Javier; García-Granero, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El cáncer de esófago es el cuarto tumor más frecuente del aparato digestivo. En la literatura existe un gran número de terminología en el tratamiento del cáncer de esófago: esofaguectomía en bloc, esofaguectomía tres campos, esofaguectomía transhiatal, esofaguectomía mínimamente invasiva etc. En las que todas quieren decir lo mismo pero no son lo mismo, es necesario un método de análisis de la pieza quirúrgica que permita auditar la calidad de la cirugía esofágica, creemos que el estudio del mesoesófago permitiría unificar criterios en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago, es intentar extrapolar lo que se ha hecho en el cáncer de recto con el mesorrecto al mesoesófago.

Métodos: Presentamos una serie de 40 esofaguectomías Ivor Lewis por ADC de tercio inferior de esófago en las que se realizó una esofaguectomía en bloque, en los que se implementó un protocolo de estudio anatomopatológico basado en el estudio del mesoesofago: primero con la valoración macroscópica del meso esófago para ver la calidad de este y mediante la cual se clasifica en: mesoesófago de calidad o satisfactorio cuando todo el esófago está cubierto por tejido linfograso; mesoesófago insatisfactorio cuando hay zonas donde se aprecia la capa muscular del esófago y ausencia de mesoesófago cuando más del 50% del esófago no está cubierto por tejido linfograso, posteriormente con cortes transversales consecutivo de 5 mm de la pieza para ver el margen circunferencial en el cáncer de esófago ya que mediante estos cortes se aprecia de forma excelente la afectación, en los casos avanzados, de la grasas periesofágica, y se puede calcular el área tumoral y la distancia al margen circunferencial y los ganglio linfáticos de este mesoesófago.

Resultados: De las 40 esofaguectomías en 36 casos el mesoesófago fue satisfactorio y en 4 casos insatisfactorio por defectos en la capa de tejido linfograso. En los cortes transversales se aprecia en 15 casos como el tumor sobrepasa la capa muscular y afecta a la grasa periesofágica y en los que mediante esta cirugía en bloque se consigue un R0. El número de ganglios identificados mediante esta cirugía fue de 53 (46-78). En el seguimiento a dos años no se ha detectado ninguna recidiva local y en 6 casos han presentado metástasis a distancia.

Conclusiones: Las diferencias en la extensión y calidad de la resección quirúrgica del cáncer esofágico pueden influir en el estadiaje patológico y la evolución del paciente. Hay pocos datos en la literatura que evalúen la calidad de las piezas quirúrgicas en la esofaguectomía. Creemos que el

estudio de mesoesófago puede aportar una mejor auditoria en la calidad de esta cirugía tan compleja como es la cirugía del cáncer de esófago. Es necesario estudios prospectivos multicéntricos para determinar si este nuevo concepto puede mejorar en el estadiaje de le enfermedad, en la supervivencia y en la calidad de la cirugía.