



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-049 - ESOFAGUECTOMÍA TRAS MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA PRECOZ SOBRE ESÓFAGO DE BARRETT

Rodicio, José Luis<sup>1</sup>; Ortiz, Jacobo<sup>2</sup>; Santiago, José<sup>2</sup>; Yanni, Fady<sup>3</sup>; Sanz, Lourdes<sup>1</sup>; Ragunath, Krish<sup>2</sup>; Welch, Neil<sup>3</sup>; Parsons, Simon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; <sup>2</sup>Nottingham Digestive Diseases Centre, Nottingham;

<sup>3</sup>Nottingham University Hospitals, Nottingham.

### Resumen

**Objetivos:** La terapia endoscópica con mucosectomía de lesiones visibles seguida de ablación por radiofrecuencia del esófago de Barrett residual está considerada como el tratamiento de elección en los tumores precoces limitados a la mucosa (T1a) en pacientes con esófago de Barrett (EB). En determinadas situaciones como en las que se demuestra infiltración profunda de la capa submucosa o presencia de factores de riesgo para el desarrollo de metástasis linfáticas como grado pobre de diferenciación o invasión linfática o vascular en la pieza de resección endoscópica, la cirugía de rescate es la mejor opción como tratamiento curativo.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo sobre una base de datos recogida de forma prospectiva. Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia precoz sobre EB sometidos a mucosectomía endoscópica asistida con bandas elásticas en un Centro de Referencia de Reino Unido (Queen's Medical Centre) entre enero de 2007 y diciembre de 2016. Se analizan los resultados a largo plazo en aquellos que requirieron cirugía posterior por presencia en la pieza de mucosectomía de invasión submucosa, tumor pobremente diferenciado, invasión linfovascular o márgenes de resección positivos, y que eran operables y aceptaron la cirugía.

**Resultados:** Se analizan 226 procedimientos de mucosectomía endoscópica sobre un total de 150 pacientes, edad media de 67,6 años, 87,3% varones. La histología fue de adenocarcinoma T1b en 20 pacientes (8,8%), T1a en 90 (39,8%), displasia de alto grado en 86 (38,1%), bajo grado en 15 (6,6%), indefinido para displasia en 3 (1,3%) y EB sin displasia en 12 (5,3%). Se revisan los pacientes con adenocarcinoma, todos ellos presentados en un comité multidisciplinar, decidiéndose cirugía en 15 de ellos (10%): 5 pacientes eran T1a (4 de ellos con márgenes positivos, otro EB largo con adenocarcinoma pobremente diferenciado), y 10 pacientes T1b. La edad media fue de 67,5 años y 13 eran varones. La mediana de tiempo entre la endoscopia y la cirugía fue de 70 días. La cirugía fue esofagectomía tipo Ivor-Lewis en 9 casos (5 con abordaje abdominal laparoscópico), 4 toracotomías izquierdas, 1 McKeown y 1 transhiatal asistida por laparoscópica. La media de ganglios fue de 18,1, en ningún paciente hubo ganglios positivos. 6 pacientes presentaron complicación en el postoperatorio, principalmente respiratorias. La anatomía patológica fue de pT0 en 4 pacientes, pT1a 4 pacientes y pT1b 4 pacientes y 3 pacientes pT2. La mediana de ingreso fue de 13 días y seguimiento de 80 meses. Hubo dos fallecidos en el seguimiento por recidiva a los 4 y 6 años, ambos

con metástasis pulmonares, y sin factores de mal pronóstico en la anatomía patológica. Hubo un tercer fallecido en el seguimiento por causa no relacionada con la cirugía.

**Conclusiones:** El tratamiento de pacientes con neoplasia precoz sobre EB debe realizarse en Unidades de Referencia, tanto en endoscopia terapéutica intervencionista como en cirugía esofagogástrica, ofreciendo cirugía de rescate en los pacientes en los que el tratamiento endoscópico no es curativo. Un pequeño porcentaje de los pacientes operados, sin claros factores de riesgo, presentará recidiva a largo plazo.