



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



OR-261 - FACTORES PREDICTORES E IMPACTO DE LA FUGA ANASTOMÓTICA CERVICAL TRAS ESOFAGUECTOMÍA POR CÁNCER: ¿ES LA COMPLICACIÓN QUE MÁS DEBE PREOCUPAR AL CIRUJANO ESOFAGOGÁSTRICO?

Palomo López, Irina; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Arteaga Ledesma, María; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

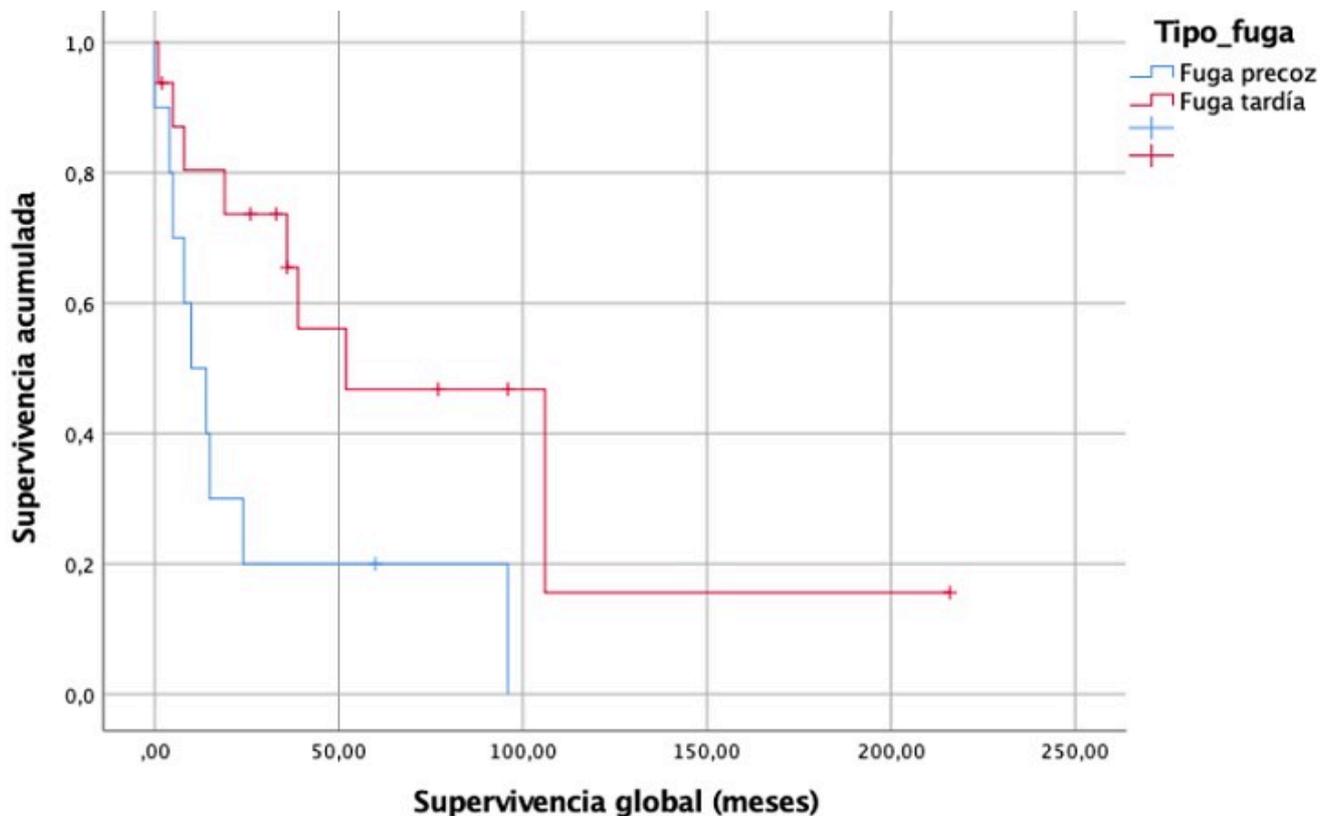
Objetivos: Analizar la incidencia, tipo y tratamiento de la fuga anastomótica cervical (FAC), identificar factores predictores y evaluar sus consecuencias tras esofaguectomía por cáncer esofágico (CE).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes sometidos a esofaguectomía subtotal con plastia gástrica y anastomosis cervical por CE entre enero 2004-enero 2021. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test de t de Student y U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y exacto de Fisher para cualitativas, Kaplan-Meier y *log-rank* para estudio de supervivencia. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: 69 pacientes fueron incluidos en el estudio, de los cuales 26 (37,7%) presentaron FAC: 12 (46,2%) precoces (7º día). El tratamiento fue conservador en 22 (84,6%) casos. 4 (15,4%) pacientes fueron reintervenidos: uno para drenaje de absceso cervical; los restantes para realización de esofagostoma. El tiempo mediano transcurrido para el cierre de la fístula fue de 15 (0-30) días. Los principales factores analizados se muestran en la tabla. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia global ni libre de enfermedad a 3, 6 meses, 1, 3 y 5 años. Cuando estratificamos la fuga en función de su gravedad (tratamiento conservador vs. quirúrgico), la enfermedad hepática ($p = 0,017$) y un mayor tamaño tumoral ($p = 0,020$) se relacionaron con la necesidad de tratamiento quirúrgico. Este, se relacionó con tendencia a la significación con una mayor mortalidad posoperatoria ($p = 0,063$). Cuando comparamos fuga precoz vs. tardía obtuvimos mayor tasa de reingresos ($p = 0,001$) y menor supervivencia global al año ($p = 0,003$) y 3 años ($p = 0,050$), y libre de enfermedad al año ($p = 0,005$) en la fuga precoz (fig.).

FAC+ (n = 26) FAC- (n = 43) p

	Edad (años)	66 (60,7-73)	64 (56-73)	0,486
	Sexo varón	24 (92,3%)	37 (86%)	0,431
	ASA			
	III	13 (54,2%)	13 (33,3%)	0,381
	IV	2 (8,3%)	4 (10,3%)	
	HTA	14 (53,8%)	20 (46,5%)	0,555
	DM II	6 (23,1%)	7 (16,3%)	0,484
	EPOC	5 (19,2%)	12 (27,9%)	0,418
	Índice Charlson	4,23 (2,7-7,7)	4 (2,1-5,8)	0,645
	Tabaquismo	16 (61,5%)	24 (55,8%)	0,641
	Alcohol	10 (38,5%)	9 (20,9%)	0,114
	IMC preoperatorio (kg/m ²)	27,2 (23,1-29)	26,5 (22,8-29,5)	0,837
	Tipo histológico			
	Adenocarcinoma	16 (69,6%)	33 (82,5%)	0,234
	Epidermoide	7 (30,4%)	7 (17,5%)	
	Neoadyuvancia	16 (61,5%)	23 (57,1%)	0,663
	Técnica			
	Orringer (abierta)	11 (42,3%)	25 (58,1%)	0,202
	McKeown (mínimamente invasiva)	15 (57,7%)	18 (41,9%)	
	Cirugía R1	3 (11,5%)	0	0,041
Parámetros preoperatorios quirúrgicos posoperatorios	Tipo anastomosis			
	Mecánica circular	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0,005
	Manual	18 (31,6%)	39 (68,4%)	
	Yeyunostomía	11 (42,3%)	21 (50%)	0,537
	Momento colocación yeyunostomía			
	Preneoadyuvancia	2 (18,2%)	3 (14,3%)	0,035
	Cirugía	6 (54,5%)	18 (85,7%)	
	Posoperatoria	3 (27,3%)	0	
	Triple drenaje	13 (50%)	11 (26,2%)	0,018
	Reintervención	5 (19,2%)	2 (4,7%)	0,049
	Dindo-Clavien			
	I	2 (7,7%)	20 (46,5%)	
	II	15 (57,7%)	10 (23,3%)	0,008
III	1 (3,8%)	1 (2,3%)		
IV	4 (15,4%)	8 (18,6%)		
V	4 (15,4%)	4 (9,3%)		
	Complicaciones respiratorias	9 (34,6%)	16 (37,2%)	0,828
	Estancia hospitalaria (días)	36 (16-56)	14 (4-24)	0,001
	Reingreso	6 (26,1%)	3 (7,7%)	0,047
	Estenosis anastomosis	11 (50%)	11 (28,2%)	0,069
	Mortalidad posoperatoria	4 (15,4%)	4 (9,5%)	0,585
	Mortalidad global	18 (69,2%)	25 (58,1%)	0,53



Conclusiones: En nuestra serie no se detectó ningún factor preoperatorio como predisponente para el desarrollo de FAC. La anastomosis mecánica circular fue el factor quirúrgico más relevante relacionado con la misma. Aunque la FAC fue frecuente, la mayoría resolvieron sin necesidad de tratamiento quirúrgico, y pese a que su impacto en la morbilidad posoperatoria no fue desdeñable, no influyó en la mortalidad y supervivencia a corto ni a largo plazo.