



P-006 - ESOFAGUECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PRONO VS TRANSHIATAL ABIERTA EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DEL IMPACTO DE LA CURVA DE APRENDIZAJE

Triguero Cabrera, Jennifer; Palomo López, Irina; Mogollón González, Mónica; Mohamed Yasin, Mohamed Hassim; Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesús

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Analizar diferencias en los resultados tras esofaguectomía entre técnica de McKeown mediante abordaje mínimamente invasivo (MI) en prono y transhiatal abierta. Evaluar el impacto de la curva de aprendizaje para la vía MI iniciada en 2011.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a esofaguectomía subtotal con plastia gástrica y anastomosis cervical por CE entre enero 2004-diciembre 2020. 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: Se incluyeron 69 pacientes: 61 (88,4%) varones, 8 (11,6%) mujeres. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a características demográficas y diagnósticas, salvo un mayor porcentaje de lesiones infranqueables en la gastroscopia ($p = 0,047$) para el abordaje MI. Las principales variables analizadas se muestran en la tabla 1. El análisis de supervivencia no detectó diferencias entre grupos en supervivencia global (*log rank* 0,128; $p = 0,720$) ni libre de enfermedad (*log rank* 2,274; $p = 0,132$). El impacto de la curva de aprendizaje para la vía MI se evalúa en la tabla 2.

Tabla 1

McKeown (n = 33)	Transhiatal (n = 36)	p
------------------	----------------------	---

	Laparoscopia estadiaje	9 (27,3%)	3 (8,6%)	0,043
	Neoadyuvancia	22 (66,7%)	18 (51,4%)	0,202
	Cirugía R0	28 (87,5%)	34 (94,4%)	0,158
	Tiempo quirúrgico (minutos)	480 (420-600)	325 (260-360)	< 0,001
	Linfadenectomía mediastínica			
	Estándar	24 (72,7%)	3 (8,3%)	
	Ampliada (paratraqueales izquierdos)	4 (12,1%)	0	< 0,001
	Linfadenectomía abdominal			
	D1ampliada	26 (78,8%)	3 (8,3%)	< 0,001
	D2	1 (3%)	0	
	Anastomosis			
	Manual	29 (90,6%)	28 (87,5%)	0,689
	Mecánica-circular	3 (9,4%)	4 (12,5%)	
	Ligadura conducto torácico	10 (31,3%)	0	< 0,001
	Pilorooplastia	15 (48,4%)	11 (30,6%)	0,135
	Yeyunostomía	15 (46,9%)	17 (47,2%)	0,977
	Sonda nasogástrica	11 (36,7%)	16 (45,7%)	0,461
	Fuga	15 (45,5%)	11 (30,6%)	0,202
	Tiempo fuga			
	Precoz (< 7días)	6 (40%)	6 (54,5%)	0,462
	Tardía (> 7días)	9 (60%)	5 (45,5%)	
	Tratamiento fuga:			
	Conservador	11 (73,3%)	10 (100%)	0,075
	Quirúrgico	4 (26,7%)	0	
	Dindo-Clavien			
	I	10 (30,3%)	12 (33,3%)	
	II	10 (30,3%)	15 (41,7%)	0,298
	III	2 (6,1%)	0	
	IV	8 (24,2%)	4 (11,1%)	
	V	3 (9,1%)	5 (13,9%)	
	Reintervención	7 (21,2%)	0	0,004
	Necrosis plastia	2 (6,5%)	0	0,127
	Mal vaciamiento	4 (12,1%)	2 (5,7%)	0,364
	Quilotórax	1 (3%)	0	0,299
	Estancia hospitalaria (días)	18 (12-31)	16 (12-22)	0,929
	Reingresos	3 (9,7%)	6 (19,4%)	0,279
	Recidiva	15 (48,4%)	16 (53,3%)	0,699
	Mortalidad (seguimiento)	16 (48,5%)	27 (75%)	0,059
	Calidad linfadenectomía			
	< 15 ganglios	17 (58,6%)	22 (75,9%)	0,08
	15-30 ganglios	9 (31%)	7 (24,1%)	
	> 30 ganglios	3 (10,3%)	0	

Parámetros preoperatorios quirúrgicos posoperatorios

Tabla 2

VARIABLES	2011-2016 (n = 17)	2017-2020 (n = 16)	p
Tiempo quirúrgico (minutos)	570 (450-665)	480 (450-520)	0,194
Ligadura conducto torácico	2 (10%)	8 (66,7%)	0,001
Yeyunostomía	7 (35%)	8 (66,7%)	0,082
Pilorooplastia	6 (30%)	9 (81,8%)	0,006
Clavien-Dindo			
I	7 (33,3%)	3 (25%)	
II	5 (23,8%)	5 (41,7%)	0,345
III	2 (9,5%)	0	
IV	4 (19%)	4 (33,3%)	
V	3 (14,3%)	0	
Fuga	9 (75%)	6 (28,6%)	0,01
Calidad linfadenectomía			
< 15	15 (83,3%)	2 (18,2%)	0,001
15-30	3 (16,7%)	6 (54,5%)	
> 30	0	3 (27,3%)	
Recidiva	9 (47,4%)	6 (50%)	0,886
Mortalidad (seguimiento)	12 (57,1%)	4 (33,3%)	0,253

Conclusiones: La morbilidad y supervivencia a largo plazo tras esofaguectomía MI fue equivalente a la transhiatal abierta, salvo un mayor índice de reintervenciones en la primera y mayor mortalidad en la segunda. La vía MI resultó en una linfadenectomía más extensa. Aunque el inicio de la curva de aprendizaje de la vía MI implicó mayor incidencia de fuga, no influyó en la mortalidad ni en la supervivencia. El aumento de la experiencia ha permitido una mejora sustancial en la calidad de la linfadenectomía.