



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-104 - MONITORIZACIÓN DE PROTEÍNA C REACTIVA EN CIRUGÍA ESOFÁGICA, ¿ES UN BUEN MARCADOR DE DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA?

Aparicio López, Daniel; González-Nicolás Trebol, María Teresa; Cholz Ezquerro, Jorge; Kälviäinen Mejía, Helga Cristina; Cantalejo Díaz, Miguel; Milián García, Daniel; Sancho Pardo, Pablo; Ligorred Padilla, Luis Antonio

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: La dehiscencia de la anastomosis gastroesofágica representa la complicación más temible en la cirugía del cáncer de esófago ya que condiciona los resultados clínicos durante el ingreso hospitalario aumentado la morbilidad y mortalidad; pero también puede influir en la recurrencia local y la supervivencia libre de enfermedad. El papel que desempeñan los biomarcadores, como la proteína C reactiva o los leucocitos, como indicadores precoces de dehiscencia ha quedado ampliamente demostrado según la bibliografía disponible tanto en cirugía abdominal como más específicamente en cirugía oncológica de colon y recto; no obstante su uso todavía no se ha estandarizado en la cirugía esofágica. Nuestro objetivo es analizar los resultados en cirugía de cáncer de esófago en un hospital de tercer nivel durante el año 2019; y determinar la utilidad de la monitorización de los biomarcadores (PCR y leucocitos) en el postoperatorio del cáncer de esófago como marcador precoz de fuga anastomótica.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de cáncer de esófago en una Unidad especializada en 2019 que incluye: análisis estadístico de variables clínicas, de diagnóstico y procedimiento, postoperatorio y seguimiento. Se han monitorizado los niveles de proteína C reactiva y leucocitos los días 1^º, 3^º, 5^º, 7^º y 12^º postoperatorio.

Resultados: Durante el año 2019 se intervinieron de forma programada 19 neoplasias de esófago (n = 19). La mayoría fueron hombres (94,7%) y la media de edad 61,3 años. Presentaron un índice de Charlson medio de 4,89, un Índice de Masa Corporal (IMC) de 24,08 y eran fumadores activos en el momento en la intervención el 31,6%. 18 pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante previo, según la decisión del Comité de Tumores: 63,2% quimioterapia (esquema FLOT - docetaxel, oxaliplatino, leucovorina, 5-fluorouracilo) y 31,6% quimioterapia + radioterapia. El estudio anatomopatológico reveló que el 84,2% eran adenocarcinoma vs 15,8% carcinoma escamoso y la mayoría (84,2%) se localizaron en tercio distal y unión esofagogástrica. La técnica quirúrgica de elección en estos fue Ivor Lewis (84,2%), mientras que los tumores en tercio medio se abordaron con esofaguecomía tres campos (McKeown). Se diagnosticaron en el postoperatorio 3 (15,8%) dehiscencias de anastomosis, con un tiempo medio transcurrido desde la intervención hasta la fuga de 10,5 ± 4,51 días. 2 de ellas (66,6%) se trataron con stent colocado a través de endoscopia digestiva alta, con buenos resultados clínicos; y 1 precisó reintervención quirúrgica urgente (esófago-gastrectomía + esofagostoma), siendo exitus posteriormente durante el ingreso

hospitalario, por lo que la tasa de mortalidad en nuestra serie fue de 5,3%. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de los biomarcadores (PCR y leucocitos) y dehiscencia anastomótica ($p > 0,05$).

Conclusiones: La monitorización de los biomarcadores en el postoperatorio de la cirugía esofágica como indicadores de fuga anastomótica precoz muestra resultados prometedores en la bibliografía, sin embargo en nuestra serie no hemos hallado diferencias significativas. Consideramos que para poder implementarse en la práctica clínica diaria sería necesario un estudio prospectivo durante un periodo de tiempo superior que consiga reclutar un mayor tamaño muestral.