



## O-067 - ESOFAGUECTOMÍA DE IVOR LEWIS ROBÓTICA EN LOS TUMORES DE ESÓFAGO DISTAL Y DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

*Castanedo Bezanilla, Sonia; Trugeda Carrera, María Soledad; Fernández Díaz, María José; García Cardo, Juan; Toledo Martínez, Enrique; Láinez Escribano, Mario; Lozano Nájera, Ana; Rodríguez San Juan, Juan Carlos*

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de esófago ocupa el sexto lugar en el mundo en términos de mortalidad y el octavo en incidencia. Es uno de los tumores malignos con peor pronóstico. La esofaguectomía de Ivor Lewis está considerada la base del tratamiento en los tumores de tercio inferior y unión esófago-gástrica, pero actualmente hay consenso en que el tratamiento neoadyuvante en los tumores localmente avanzados mejora la supervivencia comparado con cirugía sola. La esofaguectomía es un procedimiento muy complejo y agresivo que nos obliga a trabajar en abdomen, tórax y cuello. Esta cirugía se asocia con una alta morbilidad (40-50%), alta mortalidad (8-11%), un porcentaje de supervivencia a 5 años de solo el 36% (incluso en centros experimentados) y generalmente una larga recuperación postoperatoria. La esofaguectomía mínimamente invasiva disminuye el trauma quirúrgico y la morbi-mortalidad asociada al mismo, con resultados oncológicos comparables. La cirugía robótica intenta superar algunas de las limitaciones de los abordajes mínimamente invasivos convencionales

**Métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo incluyendo todos los pacientes intervenidos en nuestro centro entre septiembre de 2011 a julio de 2018 por cáncer de esófago realizándose un Ivor-Lewis con tiempo abdominal laparoscópico y toracoscopia robótica.

**Resultados:** Durante el periodo indicado se realizaron 46 Ivor-Lewis mínimamente invasivos con toracoscopia robótica. Edad media: 58 años. 45 hombres (97%), 1 mujer. Como factores de riesgo, casi la mitad de los pacientes (47%) fumaban, y 14 (30%) consumían alcohol. En cuanto al riesgo anestésico, 45 pacientes tenían un ASA 2, 5 pacientes ASA 3 y un paciente ASA 4. La mayor parte se localizaban en esófago inferior (84,78%) y el resto (15,22%) en unión esofagogástrica. Por estirpe tumoral, 34 casos (74,9%) eran adenocarcinomas, 11 (23,9%) epidermoides y 1 tumor neuroendocrino. 38 pacientes (82,60%) recibieron tratamiento neoadyuvante. En cuanto a la evolución postoperatoria, 30 pacientes (65%) no presentaron ningún tipo de complicación. 14 pacientes presentaron complicaciones mayores (Clavien  $\geq$  IIIa). La morbilidad por dehiscencia de la anastomosis fue de 9 pacientes (19%), 5 se trataron con endoprótesis y los otros 4 con cirugía. Ningún paciente presentó complicaciones respiratorias tras la cirugía. En cuanto a las reintervenciones, 6 pacientes precisaron de revisión quirúrgica, 4 (8,69%) por una dehiscencia de la anastomosis, y 2 (4,34%) debido a un quilotórax. La tasa de exitus postoperatorio a 90 días fue

4,34%. La mediana de estancia fue 10 días (7-50). Todas las resecciones fueron R0, con una mediana de 16 ganglios aislados. En cuanto a resultados oncológicos a largo plazo, 7 pacientes (15,21%) presentaron recaída durante el seguimiento, 5 (10,86% sistémicas) y 2 (4,34% locorreionales), y hubo 7 exitus relacionados con el tumor. El tiempo medio de seguimiento fue 33 meses.

**Conclusiones:** El Ivor-Lewis robótico como opción de abordaje mínimamente invasivo parece una opción factible y segura, que en manos expertas permite disminuir las complicaciones postoperatorias y con ello la morbi-mortalidad asociada a este procedimiento, y con unos resultados oncológicos comparables a la cirugía abierta.