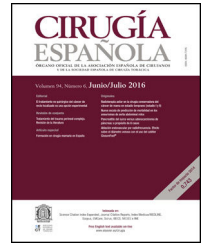




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Cáncer de la unión esofagogástrica: una frontera en continuo movimiento



Cancer of the esophagogastric junction: A border in continuous movement

Henry David Thoreau dijo que «las fronteras no son el este o el oeste, el norte o el sur, sino allí donde el hombre se enfrenta a un hecho». En ocasiones, muchos cirujanos hemos tenido que enfrentarnos a algo más que hechos para tratar la afección de la unión esofagogástrica, un área anatómica que podríamos definir como la frontera muscular y mucosa¹ que, en visión endoscópica y condiciones normales, separa el epitelio escamoso del esófago del epitelio columnar de la mucosa gástrica y que, desde el punto de vista funcional, se comporta como un verdadero esfínter, permitiendo un correcto paso del bolo alimenticio y la saliva, así como el vómito y una tasa de reflujo gastroesofágico fisiológico en sentido opuesto.

Esta localización anatómica es asiento de un amplio número de afecciones subsidiarias de tratamiento médico o incluso quirúrgico en muchas ocasiones. Así, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, algunos trastornos motores como la acalasia, el esófago de Barrett y algunos tumores benignos son además de las lesiones malignas, algunas patologías propias de esta localización fronteriza.

En la actualidad, la incidencia de las neoplasias malignas de la unión esofagogástrica, principalmente el adenocarcinoma, está incrementándose, y ciertos puntos del abordaje terapéutico continúan en controversia. Muestra de ello es la evolución y el aumento del número de publicaciones científicas que tratan acerca de los tumores del esófago y la unión esofagogástrica, ascendiendo desde las 900 publicadas hasta el año 2007 a las más de 1.750 en 2016². Además, gran parte de la evidencia reportada por las series publicadas con mayor número de pacientes procede de países orientales, donde el manejo tanto diagnóstico como terapéutico presenta algunos puntos dispares con respecto a la práctica clínica de los países occidentales, donde la prevalencia de estos tumores es mucho menor y, por tanto, se genera una mayor polémica en su manejo.

Un pilar básico para el óptimo manejo terapéutico del cáncer de unión esofagogástrica es poder establecer la localización precisa del epicentro tumoral, y una correcta

estadificación locoregional. Fueron Siewert y Stein quienes describieron una de las clasificaciones topográficas más utilizadas para definir la localización de este tipo de tumores³. Sin embargo, en muchas ocasiones es difícil clasificarlos y concretar su origen real durante el estudio preoperatorio. Los métodos diagnósticos disponibles en la actualidad se ven limitados⁴ en ocasiones para este fin, por lo que definir el tratamiento preoperatorio y la técnica quirúrgica más apropiada en cada caso puede entrañar ciertas dificultades. En ocasiones, la estadificación y la topografía exacta de la lesión solo pueden establecerse de forma intraoperatoria (momento en el que debemos tomar la decisión terapéutica) o, incluso, en algunos casos, solo puede realizarse en el estudio anatómico-patológico posquirúrgico del espécimen resecado.

Por un lado, en lesiones precoces limitadas a la mucosa o submucosa superficial de pequeño tamaño y sin evidencia de enfermedad ganglionar o metastásica, las técnicas de resección endoscópica son empleadas cada día con mayor asiduidad y seguridad en manos expertas⁵. Sin embargo, los tumores en estadios más avanzados, que son la mayoría en nuestro medio, precisan un tratamiento perioperatorio (quimio y/o radioterapia) unido a un tratamiento quirúrgico mediante esofagogastrectomía o gastrectomía extendida⁶.

El abordaje quirúrgico con intención curativa, ya sea por vía transabdominal, transhiatal o transtorácica, por cirugía abierta, mínimamente invasiva o robótica⁷ debe garantizar una resección R0 en bloc con márgenes de seguridad y una linfadenectomía más o menos extensa en función de la localización tumoral y la evaluación pre e intraoperatoria⁸⁻¹⁰.

Adicionalmente a la cirugía y con el paso del tiempo, las terapias con quimio y radioterapia han permitido incrementar la supervivencia de los pacientes operados y la tasa de resecciones quirúrgicas completas, disminuyendo significativamente las tasas de recidiva tumoral¹¹. Sin embargo, aún no está definido el mejor esquema a emplear en este tipo de tumores¹², siendo varias las alternativas disponibles en la actualidad con resultados similares.

Con el avance de la biología molecular y la detección de diferentes mutaciones como el HER2 se están desarrollando múltiples ensayos clínicos en los que se plantea la adicción de agentes inhibidores frente a esta y otras dianas terapéuticas¹³⁻¹⁵ junto a los esquemas convencionales de quimio y radioterapia a fin de mejorar los resultados de supervivencia global y libre de enfermedad.

Evidentemente, la obtención de resultados óptimos que se adecuen a los estándares de calidad de la resección quirúrgica, morbimortalidad postoperatoria y supervivencia, exige una correcta formación, así como la centralización de estos procesos en grupos de trabajo experimentados con un equipo multidisciplinar y tecnológico adecuado¹⁶. De igual manera, la creación de registros y proyectos multicéntricos¹⁷ permite aumentar el número de casos tratados y analizados, mejorando con ello la calidad de la evidencia y fomentando la promoción de estudios y la investigación de entidad y calidad, tanto en estudios clínicos como de medicina traslacional.

Por tanto, el correcto manejo de los tumores de la unión esofagogástrica exige una coordinada cooperación multidisciplinar, y en ciertas ocasiones supone un reto que obliga a tomar decisiones individualizadas sobre aspectos donde la evidencia aún no ha dado una respuesta sólida. Quizás, como dijo Ricardo Arjona: «Las fronteras son dibujos en mapas que aún no puedo entender» y aún nos queda mucho camino por recorrer para encontrar respuestas a los puntos de controversia y evidencia limitada en el manejo de este tipo de tumores.

Financiación

No existe financiación para la realización de este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

- Makuuchi H. What is the esophagogastric junction? *Nihon Geka Gakkai Zasshi*. 2015;116:24-8.
- Miao Y, Liu R, Pu Y, Yin L. Trends in esophageal and esophagogastric junction cancer research from 2007 to 2016: A bibliometric analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e6924.
- Siewert JR, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the oesophago-gastric junction. *Br J Surg*. 1988;85:1457-9.
- Parry K, Haverkamp L, Bruijnen RC, Siersema PD, Offerhaus GJ, Ruurda JP, et al. Staging of adenocarcinoma of the gastroesophageal junction. *Eur J Surg Oncol*. 2016;42:400-6.
- Park CH, Kim EH, Kim HY, Roh YH, Lee YC. Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection for early stage esophagogastric junction cancer: A systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis*. 2015;47:37-44.
- Birla R, Hoara P, Caragui A, Cristian M, Constantinoiu S. Current Management of Locally Advanced Junction Esophagogastric Adenocarcinoma. *Chirurgia (Bucur)*. 2018;113:38-45.
- Seto Y, Mori K, Aikou S. Robotic surgery for esophageal cancer: Merits and demerits. *Ann Gastroenterol Surg*. 2017;1:193-8.
- Wei MT, Zhang YC, Deng XB, Yang TH, He YZ, Wang ZQ. Transthoracic vs transhiatal surgery for cancer of the esophagogastric junction: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2014;20:10183-92.
- Luketich JD, Pennathur A, Awais O, Levy RM, Keeley S, Shende M, et al. Outcomes after minimally invasive esophagectomy: Review of over 1000 cases. *Ann Surg*. 2012;256:95-103.
- Orringer MB, Marshall B, Chang AC, Lee J, Pickens A, Lau CL. Two thousand transhiatal esophagectomies: Changing trends, lessons learned. *Ann Surg*. 2007;246:363-72.
- Sjoquist KM, Burmeister BH, Smithers BM, Zalcberg JR, Simes RJ, Barbour A, et al. Survival after neoadjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy for resectable oesophageal carcinoma: An updated meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2011;12:681-92.
- Martin-Richard M, Custodio A, García-Girón C, Grávalos C, Gómez C, Jiménez-Fonseca P, et al. SEOM guidelines for the treatment of gastric cancer 2015. *Clin Transl Oncol*. 2015;17:996-1004.
- Cunningham D, Stenning SP, Smyth EC, Okines AF, Allum WH, Rowley S, et al. Peri-operative chemotherapy with or without bevacizumab in operable oesophagogastric adenocarcinoma (UK Medical Research Council ST03): Primary analysis results of a multicentre, open-label, randomised phase 2-3 trial. *Lancet Oncol*. 2017;18:357-70.
- Van Cutsem E, Bang YJ, Feng-Yi F, Xu JM, Lee KW, Jiao SC, et al. HER2 screening data from ToGA: targeting HER2 in gastric and gastroesophageal junction cancer. *Gastric Cancer*. 2015;18:476-84.
- Dahle-Smith A, Petty RD. Biomarkers and novel agents in esophago-gastric cancer: are we making progress. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2015;15:1103-19.
- Van Laethem JL, Carneiro F, Ducreux M, Messman H, Lordick F, Ilson DH, et al. The multidisciplinary management of gastro-oesophageal junction tumours: European Society of Digestive Oncology (ESDO): Expert discussion and report from the 16th ESMO World Congress on Gastrointestinal Cancer Barcelona. *Dig Liver Dis*. 2016;48:1283-9.
- Allum W, Osorio J. EURECCA oesophago-gastric cancer project. *Cir Esp*. 2016;94:255-6.

Marcos Bruna Esteban^{a,*}, María Ángeles Ortiz Escandell^b
y Pascual Parilla Paricio^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: drbruna@comv.es, mbruna16@yahoo.es
(M. Bruna Esteban).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.03.003>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.