



EDITORIAL: RETOS ACTUALES EN CIRUGÍA

ONCOLÓGICA ESÓFAGO-GÁSTRICA.

Ismael Díez del Val.

Jefe de Sección de Cirugía esófago-gástrica y bariátrica del Hospital Universitario de Basurto (Bilbao). Coordinador de la Sección de Cirugía Esófago-gástrica de la Asociación Española de Cirujanos.

Correspondencia: para contactar con el autor accionar [aquí](#).

EDITORIAL:

Se estima que se realizan unas 2300 gastrectomías y unas 700 esofagectomías al año en España, proporción que tiende a invertirse por tendencia epidemiológica, paralelamente al aumento del adenocarcinoma de esófago y la disminución en el carcinoma gástrico de tipo intestinal, hasta el punto de que el número de esofagectomías casi duplica al de gastrectomías en países como el Reino Unido o los Países Bajos.

El recorrido del paciente desde la primera consulta en Atención Primaria hasta el Servicio de Cirugía que le corresponde raramente contempla “vías preferentes” que le conduzcan con la mínima demora hasta el conjunto de especialistas que pueden ofrecer la mejor respuesta a su enfermedad. Sin embargo, sabemos que el cáncer esófago-gástrico es una enfermedad compleja de incidencia relativamente baja que afecta a pacientes globalmente complejos por su edad, comorbilidad, situación nutricional y funcional, que precisan un tratamiento multidisciplinar complejo.

Tal como destacan las *National Cancer Comprehensive Network (NCCN Guidelines)* (1), existe un alto nivel de evidencia de que los pacientes con cáncer esófago-gástrico se benefician de un tratamiento multimodal. Esto exige la existencia y funcionamiento de un comité de tumores específico que reúne semanalmente a especialistas de Oncología médica y radioterápica, Digestivo, Radiodiagnóstico, Anatomía patológica y Cirugía esófago-gástrica, al menos, para dinamizar el proceso diagnóstico-terapéutico en torno a un protocolo establecido, de tal modo que el estudio de extensión y el itinerario terapéutico consensuado permitan mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Como cirujanos y cirujanas, conocemos la importancia de la optimización preoperatoria, tanto de la comorbilidad del paciente o de la anemia, como de su situación funcional y nutricional. La cirugía debe realizarse en una unidad con un volumen mínimo de actividad que permita realizar una linfadenectomía adecuada, una resección R0 y minimizar las complicaciones o su efecto, mediante un manejo precoz y especializado de las mismas, que permitan reducir el denominado “*failure to rescue*” (indicador que se refiere a la mortalidad derivada de complicaciones no identificadas y tratadas adecuadamente).

Existe una clara necesidad de una centralización efectiva en la mayoría de las comunidades autónomas, que debe basarse no sólo en el volumen mínimo, establecido en la mayoría de los países en unos 20 casos al año, sino en el manejo multidisciplinar durante todas las fases del proceso (2). Dado que la cirugía oncológica comprende tanto la resección del órgano como del tejido linfático circundante, la cirugía radical del esófago, como destaca Mariette (3), implica un abordaje transtorácico. El número de ganglios recolectados, tanto en pacientes neoadyuvados como no, es proporcional a la supervivencia global (4).

Dado que, a pesar de todo, la cirugía del esófago sigue ligada a un importante porcentaje de complicaciones, se han establecido unos criterios de calidad con los que compararse. En pacientes de bajo riesgo (ASA <2, *Performance Status* <1, edad <65 años e índice de masa corporal de 19 a 29 kg/m²) intervenidos en centros de alto volumen, se han establecido estos *benchmarks* en 55% de complicaciones globales y 31% mayores, 23 adenopatías resecaadas, 20% de dehiscencias y mortalidad inferior al 5% a los 90 días (5).

Imperativamente, las cuestiones planteadas exigen la existencia de un registro de actividad, que nos permita conocer nuestros resultados y los del conjunto, que nos permita saber cómo nos va lo que hacemos y nuestras oportunidades de mejora, y basar nuestras decisiones y los cambios necesarios en *big data* y no en nuestra limitada experiencia. Para que sea efectivo, un registro debe ser exhaustivo, representativo y veraz, completo pero fácil de rellenar, auditado y con un *feedback* casi instantáneo. Este es uno de los actuales proyectos de la Sección de Cirugía esófago-gástrica de la AEC, y seguramente el único camino hacia la tan nombrada y deseada acreditación de Unidades.

El abordaje mínimamente invasivo se ha ido abriendo camino, representando aproximadamente un tercio de las gastrectomías y la mitad de las esofagectomías realizadas en nuestro país. Hasta la reciente publicación del ensayo KLASS-02 (6), numerosos metaanálisis mostraban una similitud en los resultados, aunque en general la cirugía abierta se aplicaba en casos de enfermedad más avanzada y la linfadenectomía era más extensa (7). Los resultados se equiparan con la experiencia, tanto en cuanto al número de ganglios resecaados como a las complicaciones, excluyendo las parietales.

Pero, por supuesto, la mínima invasión no puede ser un objetivo en sí misma.

Un número importante de gastrectomías se realiza en hospitales de bajo volumen de actividad, lo que obliga a definir circuitos que permitan que los enfermos se beneficien de la neoadyuvancia (con frecuencia realizada en otro centro) sin miedo a “perder al paciente”, y hace necesario reavivar todo el sistema de formación. Compartir el conocimiento es una obligación en nuestra práctica clínica, y es preciso que los cirujanos y cirujanas tengan acceso a centros con más experiencia, para evitar las nefastas consecuencias tanto del ensayo y error como de la curva de aprendizaje.

En conjunto, deberíamos exigir que el 100% de los pacientes con diagnóstico de cáncer esófago-gástrico pasasen con un tiempo de demora mínimo por un comité multidisciplinar de tumores que establezca el mejor itinerario terapéutico, que se optimice su situación durante todo el proceso del tratamiento para que se enfrenten a éste en las mejores condiciones, y que sean tratados por personal debidamente formado, ya sea en nuestro centro o en una unidad de referencia. Además, la cirugía debería realizarse en entornos con un volumen de actividad mínimo, con los beneficios del abordaje mini-invasivo y con un seguimiento multidisciplinar “*around the clock*” que defina la normalidad, estandarice los cuidados postoperatorios en forma de una vía clínica y permita diagnosticar y tratar precoz y adecuadamente las frecuentes complicaciones. La introducción de datos en un registro multicéntrico nos ayudará a conocer nuestros resultados y a mejorar nuestra práctica desde la experiencia de muchos.

Estos son nuestros desafíos. Este es el barco en el que navegamos juntos.

Ismael Díez del Val.

Referencias bibliográficas:

- 1.- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Gastric cancer, 2-2019.
- 2.- Vonlanthen R, Lodge P, Barkun JS, Farges O, Rogiers X, Soreide K et al. Toward a consensus on centralization in surgery. *Ann Surg* 2018; 268: 712-24.
- 3.- Mariette C, Piessen G. oesophageal cancer: How radical should surgery be? *EJSO* 2012; 38: 210-3.
- 4.- Visser E, Markar SR, Ruurda JP, Hanna GB, van Hillegersber R. Prognostic value of lymph node yield on overall survival in esophageal cancer patients. A systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2019; 269: 261-8.
- 5.- Schmidt HM, Gisbertz SS, Moons J, Rouvelas I, Kauppi J, Brown A et al. Defining benchmarks for transthoracic esophagectomy: A multicenter analysis of total minimally invasive esophagectomy in low risk patients. *Ann Surg* 2017; 266: 814-821.
- 6.- Lee HJ, Hyung WJ, Yang HK, Han SU, Park YK, An JY et al. Short-term outcomes of a multicenter randomized controlled trial comparing laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy to open distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer (KLASS-02-RCT). *Ann Surg* 2019; 270: 983-91.
- 7.- Viñuela EF, Gonen M, Brennan MF, Coit DG, Strong VE. Laparoscopic versus open distal gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials and high-quality nonrandomized studies. *Ann Surg* 2012; 255: 446-56.