

Cirugía para el cáncer de esófago

El cáncer de esófago en etapa inicial puede tratarse quirúrgicamente mediante una operación llamada esofagectomía.

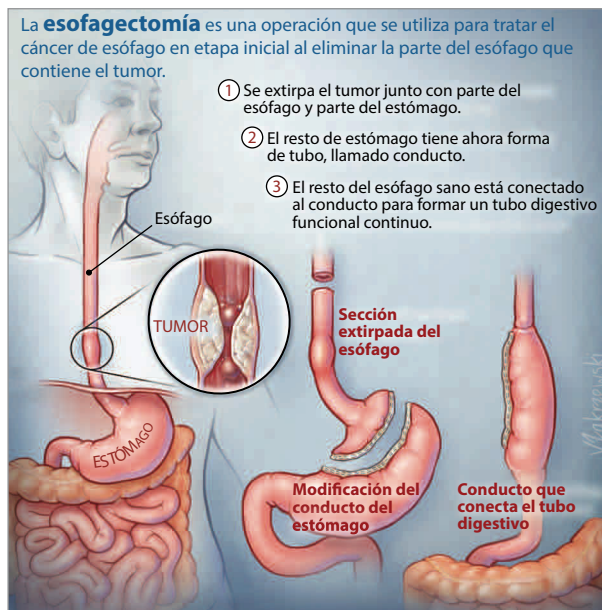
El esófago conecta la boca con el estómago. El cáncer de esófago surge en el revestimiento interno del esófago. Los síntomas pueden ser confusos y pueden incluir dificultad para tragar algunos alimentos sólidos, sensación de que la comida queda atascada en el pecho, dolor al tragar, atragantarse con la comida o pérdida de peso inexplicable. Los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) grave de larga duración y afecciones asociadas como el esófago de Barrett presentan un riesgo más elevado de cáncer de esófago. El tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad también se han relacionado con un riesgo más elevado de este tipo de cáncer.

Cómo se realiza la esofagectomía

La mayor parte del esófago se encuentra en el pecho, por lo que la extirpación del cáncer con frecuencia implica una cirugía torácica. Existen varios enfoques para realizar una esofagectomía en función de la ubicación del cáncer en el esófago. A menudo, la cirugía se puede hacer de forma mínimamente invasiva con pequeñas incisiones, conocida como **cirugía toroscópica asistida por video (video-assisted thoracoscopic surgery, VATS)** pero a veces la cirugía requiere una incisión más grande (**toracotomía**). Entonces es necesaria una incisión abdominal para introducir el estómago en un tubo (**conducto**) que conecta el resto del esófago sano con el resto del intestino. Esta parte de la operación puede realizarse como cirugía abierta (**laparotomía**) o mínimamente invasiva (**cirugía laparoscópica o robótica**). El resto del esófago y el estómago se pueden volver a conectar en el pecho para restablecer la continuidad para tragar y comer (**anastomosis**). Si el cáncer está en la parte alta del esófago, se necesita una tercera incisión en el cuello para asegurar que se extirpe todo el tumor y la conexión se realiza en el cuello en lugar del pecho. A menudo se coloca una **sonda de yeyunostomía** para alimentación temporal (**sonda en forma de J**) para proporcionar apoyo nutricional mientras el paciente se cura. La sonda en forma de J se extrae durante la consulta con el cirujano una vez que el paciente se ha recuperado y ha reanudado la alimentación de forma normal.

Consideraciones especiales

La cirugía para el cáncer de esófago es compleja y el riesgo de complicaciones es más elevado que para muchas otras cirugías. Inmediatamente después de la cirugía, los pacientes no pueden comer nada. A menudo, un cirujano realiza radiografías mientras el paciente bebe un líquido de contraste para evaluar si hay una fuga en la anastomosis, lo cual puede suceder si la anastomosis no ha sanado adecuadamente. Si hay una fuga, se trata con antibióticos, pero puede requerir que el paciente permanezca en una unidad de



cuidados intensivos y, en raras ocasiones, puede requerir cirugía u otras intervenciones.

Los pacientes que se someten a una esofagectomía requieren un seguimiento minucioso por parte de un oncólogo y un cirujano con tomografías computarizadas para supervisar la recurrencia y abordar cualquier complicación de la cirugía. Muchas veces, la conexión puede haberse curado con muchas cicatrices, lo que provoca un estrechamiento (**estenosis**) que requiere dilatación u otras intervenciones para permitir que el paciente coma bien. El apoyo de un nutricionista también es importante, ya que los pacientes tendrán que modificar sus hábitos alimentarios que requiere la ingesta más frecuente de comidas más pequeñas para mantener la nutrición adecuada a largo plazo.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Mayo Clinic

www.mayoclinic.org/diseases-conditions/esophageal-cancer/multimedia/esophageal-cancer-surgery/img-20006034

+ Se publicó una Hoja para el paciente de JAMA sobre nutrición parenteral el 4 de junio de 2019; edición de JAMA.

Autores: Ioana Baiu, MD, MPH; Leah Backhus, MD, MPH

Afiliaciones de los autores: Stanford University, Stanford, California.

Divulgaciones relacionadas con conflictos de interés: no se informan.

Fuentes: Chang AC. Incisions and esophagectomy: is surgical approach all that matters? *JAMA Surg.* 2013;148(8):739. doi:10.1001/jamasurg.2013.2366
Dantoc M, Cox MR, Eslick GD. Evidence to support the use of minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: a meta-analysis. *Arch Surg.* 2012;147(8):768-776. doi:10.1001/archsurg.2012.1326

La hoja para el paciente de JAMA es un servicio público de JAMA. La información y las recomendaciones que aparecen en esta hoja son adecuadas en la mayoría de los casos, pero no reemplazan el diagnóstico médico. Para obtener información específica relacionada con su afección médica personal, JAMA le sugiere que consulte a su médico. Los médicos y otros profesionales de atención médica pueden fotocopiar esta hoja con fines no comerciales para compartirla con los pacientes. Para comprar reimpresiones en grandes cantidades, envíe un correo electrónico a reprints@jamanetwork.com.