



## V-46 - RESECCIÓN VATS DE QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFÁGICA

A. Roig Bataller, N.J. Martínez Hernández, M. Estors Guerrero, E. Miñana Aragón, C. Guillem Ayala, F. Sánchez García, R. Esturi Navarro y J.M. Galbis Caravajal

Hospital de la Ribera, Alzira.

### Resumen

**Objetivos:** En este vídeo presentamos cómo es factible la resección completa de un quiste de duplicación esofágica mediante cirugía torácica mínimamente invasiva (VATS; video-assisted thoracic surgery).

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 29 años sin antecedentes de interés, la cual consulta por dolor de espalda, y como hallazgo incidental en la RNM que por ese dolor se le realiza, se descubre una estructura ovoidea/fusiforme en mediastino posterior, de contenido quístico. En la TC se observa como una lesión quística de  $5,5 \times 4,5 \times 3,5$  en estrecho contacto con esófago, aurícula izquierda, bronquio principal derecho y pleura mediastínica. Se completa el estudio con un tránsito esofágico que revela una ligera compresión a nivel subcarinal, sin observarse comunicación con la luz. En la broncoscopia tampoco se observa ningún tipo de comunicación de la lesión con la luz bronquial. Ante estos hallazgos, se le recomienda a la paciente la opción quirúrgica, dadas las potenciales complicaciones que esta patología, por otra parte benigna, puede acarrear (tanto sobreinfecciones por comunicación con la luz esofágica y bronquial como clínica compresiva). Cirugía y evolución: con la paciente en decúbito lateral izquierdo, intubación selectiva y portando SNG, se coloca un puerto de toracoscopia a nivel de 7º espacio intercostal línea axilar media para la óptica, y otros dos; uno en 5º espacio, línea axilar anterior que será desde donde trabajemos, y otro en 6º espacio, línea axilar posterior, de apoyo para tracción. No se insufla CO<sub>2</sub>. Localizamos el quiste en mediastino posterior, enmarcado entre esófago, vena pulmonar inferior y bronquio principal derecho. Tras la apertura de pleura mediastínica, y desde nivel más caudal y posterior hacia cefálico y anterior, se procede a la disección del quiste combinando disección roma mediante endotorundas y sección mediante Ultracision. Se extrae el quiste, dejando a la vista las estructuras anteriormente mencionadas. Se inunda el campo a nivel de esófago y se instila aire a través de la SNG, evidenciando su estanqueidad. Se deja un Surgicel en lecho quirúrgico y un drenaje tipo Blake del nº 24. La paciente pasa 3 horas en URPA, tras lo cual sale a sala. Al día siguiente, la paciente refiere muy escaso dolor y tras comprobar la ausencia de hallazgos patológicos en la radiología y la ausencia de débito ni fuga por drenaje, se retira éste y la paciente es dada de alta a las 24 horas de la cirugía. En los controles a la semana y 3 semanas, la paciente presenta una muy satisfactoria evolución, por lo que es dada de alta definitiva.

**Discusión:** El tratamiento de patologías benignas esofágicas es factible y muy sencillo mediante un abordaje toracoscópico, con notorias ventajas para la evolución postoperatoria del paciente, tanto a

nivel de dolor, estancia posquirúrgica, resultados estéticos y satisfacción del paciente con la cirugía, por lo que deberemos tener siempre en cuenta este abordaje como primera opción.