



## V-024 - CIRUGÍA TRES CAMPOS MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL ESÓFAGO

Mateo Vallejo, Francisco<sup>1</sup>; Cuesta Valentín, Miguel Ángel<sup>2</sup>; Medina Achirica, Carlos<sup>1</sup>; Gutiérrez Cafranga, Estibaliz<sup>1</sup>; Sánchez Bautista, Wilson<sup>1</sup>; Rivero Hernández, Iosvani<sup>1</sup>; García Molina, Francisco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera; <sup>2</sup>Hospital Católico de Amsterdam, Amsterdam.

### Resumen

**Introducción:** En los últimos años hemos ido realizando modificaciones a la técnica con la que iniciamos la esofagectomía mínimamente invasiva ya que la experiencia nos ha permitido realizar algunos cambios con los que nos encontramos más cómodos como la localización de los trócares, su número, la amplitud de la linfadenectomía, forma de modelar el tubular gástrico, etc. Comenzamos realizando la fase toracoscópica con tres trócares y ahora utilizamos cuatro. La disección en tórax la ampliamos realizando en primer lugar la localización del conducto torácico cerca del hiato y extirpando el tejido linfograso que rodea a aorta descendente. La linfadenectomía subcarinal se lleva a cabo extirpando el tejido linfograso del triángulo formado entre el bronquio principal de ambos lados, la vena pulmonar inferior y el esófago. La altura hasta donde llevar la disección del esófago torácico es importante para no tener problemas a la hora de la disección del tercio superior del esófago desde el cuello. Así mismo la colocación del tubular en el abdomen también tiene su importancia para facilitar la salida de la pieza a través de la herida cervical. Todo ello intentamos recogerlo en un vídeo de una esofagectomía en tres campos.

**Caso clínico:** Paciente de 38 años de edad con antecedentes de reflujo de largo tiempo de evolución e intervención quirúrgica por estenosis hipertrófica de píloro. Acude al digestivo por disfagia realizándose endoscopia digestiva alta que muestra una lesión de aspecto neoplásico no franqueable por el endoscopio en unión de tercio medio e inferior de esófago y AP de adenocarcinoma. El TAC informa de lesión de unos 4 cm de extensión con adenopatía paraesofágica adyacente, estadio T3N1M0. Imposible realizar ecoendoscopia. En comité oncológico se decide tratamiento neoadyuvante con esquema ECF y cirugía. Se presenta el vídeo que comienza con la fase de toracoscopia en decúbito prono, seguida de la laparoscópica y cervicotomía.