



V-075 - ESOFAGUECTOMÍA IVOR-LEWIS MÍNIMAMENTE INVASIVA: ABORDAJE TORÁCICO ASISTIDO POR ROBOT

Delacy, F. Borja; Bravo, Raquel; Momblán, Dulce; Jiménez-Toscano, Marta; Flores, Luis; Lacy, Antonio M.

Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción: El único tratamiento curativo del cáncer de esófago resecable es la esofaguectomía con linfadenectomía. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado estar asociada a una mejor recuperación postoperatoria. El objetivo de este vídeo es presentar el abordaje toracoscópico de una esofaguectomía Ivor-Lewis asistida por robot.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 73 años con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico, que estaba siendo estudiado por anemia. La exploración física no reveló masas abdominales ni adenopatías cervicales. El tacto rectal fue normal. Tras realizar una fibrogastroscoopia con biopsias, se diagnosticó de un esófago de Barrett y un adenocarcinoma de tercio distal (Siewert I). Por ecoendoscopia se trataba de un tumor T2N0. El estudio de extensión por TAC y PET-TAC fue normal. Un tránsito esófago-gástrico mostró estenosis de la luz a nivel cardial. El paciente fue intervenido de una esofaguectomía Ivor-Lewis mínimamente invasiva, mediante un abordaje abdominal laparoscópico y un abordaje torácico con robot da Vinci Xi, con una duración total de 345 min. En el abordaje torácico, se colocaron 3 trócares para los brazos robóticos y 1 para el instrumento del asistente. La disección comenzó con la división del ligamento pulmonar inferior hasta la vena pulmonar inferior, la cual se movilizó anteriormente para diseccionar las adenopatías de la estación 7. Se seccionó la vena ácigos, sin reseccionar las adenopatías por encima de la misma. Se procedió a movilizar el esófago lateralmente, preservando el conducto torácico. Cuando la movilización fue completa, el espécimen se introdujo en el tórax seguido de la plastia gástrica. El esófago fue seccionado distal y proximalmente con endo-grapadora, alargando el muñón proximal 1 cm de forma manual. La anastomosis realizada fue término-terminal manual, utilizando una sutura continua de monofilamento. Tras un episodio resuelto de fibrilación auricular en el postoperatorio inmediato, el paciente fue dado de alta a los 7 días de la cirugía sin otras complicaciones. En el estudio anatomopatológico se confirmó un adenocarcinoma pT2. Todos los márgenes fueron negativos. La linfadenectomía fue óptima con 18 ganglios, todos ellos libres de enfermedad.

Discusión: En los casos de un adenocarcinoma resecable de tercio distal esofágico, la resección en 2 campos con asistencia torácica robótica es una técnica segura y factible, permitiendo beneficiarse de una anastomosis manual en un espacio reducido.