



V-015 - ESOFAGUECTOMÍA TOTAL ENDOSCÓPICA EN 3 CAMPOS-ABORDAJE TORACOSCÓPICO ESTANDARIZADO

Muñoz Jiménez, Beatriz¹; Aranzana Gómez, Aurelio Francisco¹; Hernández Gutiérrez, Jara¹; Toral Guinea, Pablo¹; Krasniqi, Gazmend¹; Martínez Cortijo, Sagrario²; Álvaro Ruiz, Claudia¹; Morlán López, Miguel Ángel¹

¹Hospital Virgen de la Salud, Toledo; ²Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer de esófago parece haber conseguido mejorar el curso postoperatorio de los pacientes intervenidos de esta patología, aunque su uso no esté extendido en la mayoría de los hospitales, debiendo demostrar su eficiencia y efectividad real en comparación con la vía abierta. Por otro lado, la posición en decúbito prono durante la toracoscopia facilita la visión de las estructuras y una disposición del pulmón adecuada sin necesidad de separador. Presentamos un vídeo que muestra el tiempo toracoscópico de una esofaguectomía total.

Objetivos: Demostrar la seguridad y eficacia del abordaje mínimamente invasivo de forma estandarizada en el tiempo toracoscópico, en pacientes con patología esofágica maligna que precisan una esofaguectomía total en tres campos.

Caso clínico: Paciente varón de 78 años con AP: Alérgico a la amoxicilina, VHC con tratamiento previo con interferon, alargamiento del APTT por inhibidor tipo anticoagulante lúpico. Diagnosticado de neoplasia de esófago distal (USE: T2-3,N1 preoperatorio) con biopsias de adenocarcinoma bien diferenciado. Recibió QMT neoadyuvante. Dados los antecedentes se decidió practicar laparoscopia exploradora donde no se apreciaron signos de afectación intraabdominal, biopsia hepática para descartar cirrosis (ap- hepatitis crónica con actividad necroinflamatoria leve, METAVIR 1+1:1, sin cirrosis ni esteatosis), citología de líquido ascítico negativa tras lavado así como clipaje de la arteria gástrica izquierda para acondicionamiento del tubular gástrico. Se exponen las pruebas complementarias de interés del caso. Intervención: decúbito prono, intubación selectiva, toracoscopia derecha, 4 trócares, utilizando como referencia inicial la punta de la escápula, movilización esofágica en bloque, incluyendo manguito de pleura periesofágica, iniciando la disección infrácigos buscando el plano preaórtico, incluyendo el conducto torácico, liberación del ligamento triangular pulmonar, continuando en el borde lateral periauricular hasta llegar al borde inferior del bronquio principal derecho, sección de vena ácigos, aislamiento del esófago para tracción adecuada, siguiendo con la linfadenectomía mediastínica periesofágica (1º), periaórtica (2º), peribronquial derecha (3º), subcarinal (4º) y peribronquial izquierda (5º), completando con la movilización esofágica mediastínica superior, con colocación de drenaje endotorácico. La cirugía se continua con abordaje laparoscópico y cervical completando la esofagogastrectomía proximal con anastomosis cervical esofagotubular gástrico, postoperatorio con EGD de control al 6º día normal, pero con posterior hematoma mediastínico que precisa drenaje quirúrgico, y fístula tardía a nivel de

la anastomosis cervical que evoluciona lentamente de forma correcta con tratamiento conservador. AP. definitiva: adenocarcinoma bien diferenciado con extensas áreas mucinosas sobre esófago de Barrett, 0 de 37 ganglios aislados, pT2 N0. El paciente se encuentra libre de enfermedad y sin estenosis tras 1,5 años de seguimiento.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer de esófago, mediante toracoscopia derecha y en decúbito prono es una alternativa válida y segura a la cirugía tradicional, debiendo realizarse de forma estandarizada y por equipos con experiencia en este tipo de abordaje.