



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-072 - LINFADENECTOMÍA MEDIASTÍNICA TOTAL EN CÁNCER DE ESÓFAGO

Nieto Sánchez, Marta; Mingol Navarro, Fernando; Bruna Esteban, Marcos; Vaqué Urbaneja, Javier; Abelló Audí, David; Quevedo Cruz, David; Guerrero Antolino, Pablo; Plazas López, David

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El cáncer de esófago aunque con una baja incidencia, se trata del octavo más frecuente en todo el mundo y ocupa el tercer lugar entre los de origen gastrointestinal. El 90% de los casos son carcinomas epidermoides o adenocarcinomas, siendo estos últimos los más comunes en los países occidentales, debido a su relación con la enfermedad por reflujo y la obesidad. Se trata de un tumor de comportamiento agresivo, que se diagnostica normalmente en etapas más avanzadas. Las características anatómicas del esófago (ausencia de serosa) permiten una rápida propagación a estructuras vecinas en el mediastino, y la extensa red de drenaje linfático que posee facilita la diseminación tumoral incluso en estadios precoces. La diseminación linfática es el factor pronóstico individual más importante en el cáncer de esófago y es un buen predictor de supervivencia libre de enfermedad. Aunque no existe consenso sobre el tipo y extensión de la linfadenectomía en la cirugía del cáncer de esófago, continúa siendo un pilar fundamental en el tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Se expone el caso de una mujer de 58 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor retroesternal y sensación de stop con las comidas. Se realiza TC Abdominal observando engrosamiento de un tramo de 3-4 cm de la pared del esófago medio con desplazamiento de la luz de aspecto tumoral, por lo que se solicita endoscopia digestiva que informa de neoplasia estenosante a 30 cm de arcada dentaria y con biopsia que confirma el diagnóstico de carcinoma epidermoide de esófago. Se somete a QT con carboplatino/paclitaxel + RT neoadyuvante y es propuesta para esofagectomía en 3 tiempos tras acondicionamiento de plastia gástrica. Es intervenida en abril 2021 realizándose esofagectomía Mckeown mediante abordaje mínimamente invasivo (toracoscopia derecha en prono, laparoscopia y cervicotomía izquierda) sin incidencias. Durante la cirugía no se evidenció carcinomatosis ni metástasis hepáticas durante el tiempo laparoscópico abdominal. A nivel torácico se observa edema a nivel de tercio medio de esófago y mediastino, sin llegar a evidenciar la tumoración. Se realiza linfadenectomía recurrential, paratraqueal e infracarinal a nivel torácico y linfadenectomía D1 plus a nivel abdominal. El 5º día posoperatorio se procede al alta sin haber presentado complicaciones. El resultado definitivo de la anatomía patológica es informado como carcinoma de células escamosas, pobremente diferenciado. La clasificación TNM fue T2N0Mx. Última revisión en consulta en abril 2022, la paciente refiere adecuada tolerancia oral aunque sensación de reflujo pese a la toma de IBP. En el último TC realizado en marzo de 2022 se observan nódulos pulmonares con crecimiento significativo en lóbulo inferior derecho y lóbulo inferior izquierdo respecto a estudios previos junto con adenopatías a nivel hilar derecho y mediastínico prevertebrales pendientes de más estudios.

Discusión: La extensión de la linfadenectomía en el cáncer de esófago es un tema controvertido en la actualidad, aunque la evidencia más reciente parece ir a favor de realizar linfadenectomías extendidas dada la relación del número de ganglios extirpados con la supervivencia libre de enfermedad.