



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-102 - ANASTOMOSIS ULTRAALTA CON PUNTOS GUÍA Y LOCALIZACIÓN ENDOSCÓPICA INTRAOPERATORIA DEL TUMOR EN EL TIEMPO TORACOSCÓPICO DE LA ESOFAGUECTOMÍA IVOR-LEWIS MÍNIMAMENTE INVASIVA

Acebes García, Fernando; Toledano Trincado, Miguel; Tejero Pintor, Francisco Javier; Choolani Bhojwani, Ekta; Marcos Santos, Pablo; Bueno Cañones, Alejandro David; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

El cáncer de esófago es poco frecuente en nuestro medio, con un pronóstico además desfavorable, siendo los tipos histológicos más frecuentes el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma, con un aumento de este último en los últimos años en Occidente. A pesar de que aún sigue existiendo controversia en el tratamiento óptimo del cáncer esofágico, incluyendo el tipo de abordaje quirúrgico, la extensión de la resección y de la linfadenectomía, y la localización de la anastomosis, parece claro que la vía más idónea realizada por equipos con experiencia es la mínimamente invasiva. Presentamos el vídeo de la fase reconstructiva vía toracoscópica derecha, con el paciente en decúbito lateral izquierdo, tras una esofaguectomía tipo Ivor-Lewis mínimamente invasiva, en un paciente con adenocarcinoma de tercio medio de esófago. La técnica más habitual y extendida a la hora de realizar la anastomosis esofagogastrica consiste en la colocación del yunque de la sutura mecánica circular en el esófago, dirigido por una sonda nasogástrica tras localizar el tumor y seccionar en el lugar deseado. Sin embargo, en ocasiones la localización del tumor no es factible mediante la visualización toracoscópica, lo que obliga a realizar una endoscopia intraoperatoria para seleccionar correctamente el lugar de sección del esófago con un margen libre suficiente, tras realizar una medición de la distancia deseada, como puede observarse en el vídeo. Además, la colocación de dos puntos guía biplano en el cabo esofágico posibilita una anastomosis mecánica con endograpadora de una manera mucho más sencilla, incluso en anastomosis ultraaltas, evitando la disección de la submucosa con la grapadora mecánica y creando una falsa anastomosis.