



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-006 - ESOFAGUECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA POR ESTENOSIS CÁUSTICA-TORACOSCOPIA EN PRONO Y RECONSTRUCCIÓN LAPAROSCÓPICA

Rodríguez-Otero Luppi, Carlos; Balagué Ponz, Carmen; Targarona Soler, Eduardo; Martínez Sánchez, Carmen; Bollo Rodríguez, Jesús; Hernández Casanovas, Pilar; Trias Folch, Manel

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: La ingesta de cáusticos es un problema frecuente que puede devenir en lesiones severas del tracto gastrointestinal. Los agentes cáusticos provocan destrucción tisular mediante necrosis por licuefacción y coagulación. La severidad de la destrucción depende del tipo, de la concentración y del tiempo de contacto de la sustancia ingerida. La ingesta de cáusticos puede provocar complicaciones potencialmente mortales como fístula esofágica, estenosis esofágica o desarrollo de cáncer esofágico. En los últimos años, mejoras en cuidados perioperatorios y la adopción de un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo han reducido sustancialmente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la esofagectomía.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 47 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias por cuadro de disfagia total, dolor epigástrico y centro-torácico, náuseas y vómitos, horas después de ingesta accidental de cerveza contaminada con un agente cáustico (soda cáustica) utilizado para la limpieza de las tuberías del tirador de cerveza. Se realiza una esofagoscopia encontrándose lesiones grado 3a de Zargar (ulceraciones múltiples y áreas de necrosis) de los 27 a los 40 cm de la arcada dentaria. En las semanas siguientes el paciente desarrolla síntomas de disfagia severa. Un tránsito esofago-gástrico es realizado demostrando una estenosis larga a este nivel. Debido a disfagia progresiva, se decide cirugía diferida a 4 meses tras la ingesta. En este vídeo, presentamos un acceso mínimamente invasivo a través de 3 campos para la estenosis esofágica secundaria a cáusticos. Una toracoscopia utilizando 3 puertos en posición de prono, con un trocar óptico de 11 mm y dos trócares de 5 mm. Tras la movilización completa del esófago intratorácico, se deja un drenaje torácico. Posteriormente se realiza el abordaje laparoscópico estándar, utilizando 5 puertos: tres de 12 mm y dos de 5 mm, realizándose una movilización completa del estómago y tubulización del mismo. Finalmente, el abordaje cervical y una anastomosis esofago-gástrica. El curso postoperatorio fue sin incidencias, pudiendo ser dado de alta sin complicaciones significativas al día 10 posquirúrgico.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo de esta patología benigna del esófago es una opción segura y factible debido al menor trauma, la menor pérdida sanguínea, el menor dolor y una estancia hospitalaria más corta.