



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-104 - ESOFAGECTOMÍA TOTAL CON PLASTIA ROTADA: ¿CÓMO LO SOLUCIONAMOS?

Farguell Piulachs, Jordi; Momblán, Dulce; Morales, Xavier; Llompart, Magdalena; Lacy, Antonio M.

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva para el cáncer de esófago es la técnica de elección en centros de alto volumen y experiencia. Reduce la morbimortalidad y aporta resultados oncológicos equiparables a la cirugía abierta. El objetivo de este vídeo es mostrar el abordaje mínimamente invasivo que realizamos en nuestro centro y explicar cómo diagnosticar y resolver una rotación completa de la plastia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 78 años que por disfagia progresiva asociada a pérdida de 10 kg de peso se realiza una fibrogastroscoopia que informa de un carcinoma escamoso a 30 cm de la arcada dentaria. El paciente realizó tratamiento neoadyuvante con esquema CROSS y fue intervenido realizando una esofagectomía total mínimamente invasiva tres tiempos. Iniciamos la cirugía por el abordaje torácico con el paciente en decúbito prono e intubación selectiva. Se realiza la disección de la pleura mediastínica hasta la sección de la vena ácigos con EndoGIA vascular para posteriormente realizar la disección craneal hasta nivel cervical. Se localiza el conducto torácico que se secciona previa colocación de clips y se realiza la disección en sentido caudal para liberar el esófago a nivel diafragmático. Posteriormente iniciamos el tiempo abdominal colocando al paciente en decúbito supino y piernas abierta. Empezamos realizando la disección de la curvatura mayor preservando la arcada gastroepiploica para mantener intacta la vascularización de la plastia gástrica. Realizamos disección craneal para liberar los vasos cortos y posteriormente la parte caudal hasta el origen de los vasos gastroepiploicos derechos. Seccionamos el ligamento gastrohepático para liberar la curvatura menor para posteriormente seccionar arteria y vena gástrica izquierda en su origen. Una vez liberadas ambas curvaturas podemos acceder a liberar el esófago de los pilares diafragmáticos. Confeccionamos la plastia gástrica mediante 4 cargas de EndoGIA y la ascendemos a nivel intratorácico. El tiempo cervical se inicia con una cervicotomía y disección por planos, se tracciona de la pieza ascendiendo la plastia gástrica. Es en este momento cuando se evidencia una disposición ligeramente anterior de la línea de grapado y ante la duda de rotación de la plastia se decide revisar a través de la laparoscopia explorando a través del hiato. Con dificultad se visualiza una rotación hacia anterior de la línea de grapado en el mediastino. Para resolver esta rotación seccionamos el esófago a nivel cervical y fijamos una beta mediante un punto simple en el extremo craneal de la plastia. Se redujo con delicadeza la plastia hasta el abdomen, evidenciando entonces una rotación completa (360 grados) de la misma. Mediante la tracción guiada por la beta a nivel cervical y la asistencia a través de la laparoscopia abdominal se ascendió la plastia recta y se realizó la anastomosis cervical L-L mecánica.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo de la cirugía esofágica es técnicamente exigente y requiere de alta experiencia para la realización de la misma así como para la identificación y resolución de las complicaciones.