



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-048 - ESOFAGUECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TIPO MCKEOWN CON SANGRADO DE VENA CAVA SUPRAHEPÁTICA

Yepes Cano, Andrés Felipe¹; Acosta Mérida, María Asunción¹; Gonzalo Beneharo, Ayoze¹; Fernández Quesada, Carlos¹; Casimiro Pérez, José Antonio¹; Suárez Cabrera, Aurora²; Armas Ojeda, María Desirée¹; Marchena Gómez, Joaquín¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; ²Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canarias.

Resumen

Introducción: El cáncer de esófago es el octavo tumor maligno y la sexta causa de muerte por cáncer en el mundo. La afectación ganglionar es el mejor factor predictivo de la supervivencia a largo plazo y una guía importante para los abordajes terapéuticos.

Caso clínico: Presentamos el vídeo-caso de la intervención quirúrgica de un paciente de 47 años tras ser diagnosticado de carcinoma esofágico cuyo abordaje, incluyendo una complicación mayor, se realizó de forma laparoscópica. Varón de 47 años, fumador, con antecedente de cirugía por peritonitis apendicular a los 16 años. Es derivado de Oncología tras recibir neoadyuvancia con quimio-radioterapia por cáncer esofágico distal con estudios previos procedentes de centro privado. A la EF se objetiva cicatriz de Mc Burney retraída, sin palpar eventración. Entre las pruebas complementarias destacan marcadores tumorales CEA y Ca 19,9 normales. EDA: masa localizada a 38 cm de arcada dentaria que ocupa un tercio de la circunferencia intestinal con tejido necrótico adyacente. Tras biopsiar obtenemos fragmentos de mucosa escamosa con alteraciones inespecíficas. El TC abdominal objetiva un engrosamiento parietal circunferencial del tercio distal del esófago sin alteración de la grasa con dos ganglios adyacentes sospechosos. La USE esofágica localiza una lesión no estenosante a 35 cm de la arcada dentaria con un tamaño de 2-2,5 cm, sin evidencia de afectación de estructuras vecinas (vasculares u otros órganos). Se observan adenopatías perilesionales, en hilio hepático y en tronco celiaco no sugestivas de malignidad. El PET-TAC confirma la lesión en esófago distal, sin captación metabólicamente activa a otros niveles. El paciente aporta informe de anatomía patológica de servicio privado con histología de adenocarcinoma pobremente diferenciado de esófago distal. Se diagnostica de adenocarcinoma pobremente diferenciado de esófago distal cT3N+M0 post QT-RT neoadyuvante. Tras presentarse en comité de tumores se decide intervención quirúrgica electiva. Se interviene, realizándose esofaguectomía McKeown laparoscópica con anastomosis latero-lateral mecánica por cervicotomía. El tiempo torácico se realizó con el paciente en decúbito prono y el abdominal en supino. Se objetivó tumoración de esófago distal sin signos de diseminación macroscópica y adenopatías mediastínicas y abdominales inespecíficas. Tras liberación esofágica y ganglionar en tórax, comienza el abordaje laparoscópico. Durante la disección de cara lateral del hiato esofágico se produce sangrado por orificio en vena cava supra-hepática solventado exitosamente. Se culmina la cirugía sin incidencias

tras el tercer tiempo quirúrgico. Durante el 6º DPO presentó un pico febril con clínica y radiografía torácica compatible con neumonía que responde a tratamiento antibiótico, siendo dado de alta en el 11ª DPO. El resultado histológico fue de adenocarcinoma con márgenes libres, respuesta casi completa a neoadyuvancia. ypT3ypN0 (0/37 ganglios).

Discusión: Las lesiones en la VCI suprahepática tienen mal pronóstico, la tasa de mortalidad descrita en los escasos estudios publicados es del 100%. El tipo de tratamiento quirúrgico depende de la topografía de la lesión (p.e. lesión a la VVC sola o daño concomitante a vena hepática. La esofagectomía con abordaje laparoscópico es una técnica segura que permite un acceso mínimamente invasivo, con la consecuente mejora en los resultados posoperatorios.