



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## VP-003 - ASPECTOS TÉCNICOS DE LA ESOFAGUECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA: ¿CÓMO SOLUCIONAR POSIBLES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS?

*Triguero Cabrera, Jenifer; Vico Arias, Ana Belén; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Mogollón González, Mónica; Álvarez Martínez, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

### Resumen

**Objetivos:** Presentar un paciente sometido a esofaguectomía mínimamente invasiva (EMI), detallando diferentes aspectos técnicos clave y posibles complicaciones intraquirúrgicas específicas.

**Caso clínico:** Varón, 37 años, diagnosticado de adenocarcinoma de esófago distal sobre esófago de Barrett, estadio uT3N0 y sin enfermedad a distancia. Recibió quimioterapia neoadyuvante y posteriormente sometido a esofaguectomía total mediante abordaje mínimamente invasivo. En un primer tiempo se realiza abordaje toracoscópico lateral derecho con 3 trócares. Se colocó al paciente en decúbito prono, previa intubación bronquial selectiva. Los pasos más destacados fueron: identificación, disección y ligadura-sección del cayado de la vena ácigos, referenciada por el borde derecho de la tráquea y el bronquio principal derecho. Identificación, disección y ligadura entre clips del conducto torácico entre esófago, aorta y columna cervical a nivel suprahiatal. Se administró dieta rica en grasas (leche entera) 24 horas previas a la intervención para facilitar su identificación. Disección del esófago y linfadenectomía periesofágica, peribronquial y subcarinal, destacando como punto clave la apertura de la pleura mediastínica periesofágica desde hiato hasta yugulum realizando hemostasia de los vasos periaórticos meticolosa. Disección de esófago y linfadenectomía subcarinal como punto de mayor dificultad. En nuestro caso, aconteció lesión térmica del bronquio izquierdo, con perforación del balón del tubo bronquial, precisando recolocación de nuevo tubo endobronquial de doble luz y reparación de la lesión mediante Tachosil, Tissucol y Floseal, sin necesidad de conversión a toracotomía. En un segundo tiempo, tras recolocar al paciente en decúbito supino y posición francesa, se confeccionó la plastia gástrica mediante abordaje laparoscópico. En esta etapa cabe mencionar 4 puntos: 1) Asegurar una correcta vascularización conservando la arcada gastroepiploica derecha; 2) Disección y movilización del duodeno mejorando el ascenso pilórico, realizando una maniobra de Kocher si precisa; 3) Disección del hiato realizando linfadenectomía hasta el tronco celiaco y ligando la arteria y vena gástrica izquierdas, y 4) Ascenso de la plastia con orientación de la línea de grapas hacia la derecha para evitar torsiones. Finalmente, realizamos abordaje cervical mediante cervicotomía lateral izquierda, extrayendo la pieza a este nivel y ascendiendo la plastia por mediastino posterior bajo visión directa. Realizamos anastomosis mecánica con CEEA 25 mm. Se colocó un drenaje pleural conectado a PleureVac y otro aspirativo cervical perianastomótico. El paciente presentó buena evolución postoperatoria, salvo dificultad de vaciamiento de la plastia que precisó la realización de piloroplastia en un segundo tiempo, con

buena evolución posterior y calidad de vida. El informe anatomopatológico confirmó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT3N0 de 32 adenopatías aisladas. Tras recibir 3 ciclos de quimioterapia adyuvante, permanece asintomático y con TC de control sin recidiva de la enfermedad.

**Discusión:** La EMI pretende reducir la agresión quirúrgica y la morbilidad de la toracotomía así como el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria manteniendo los principios oncológicos básicos. Como conclusión comentar que a pesar de ser una intervención compleja y que requiere de una curva de aprendizaje, técnicamente es posible, así como solventar posibles complicaciones en el intraoperatorio de manera laparoscópica, evitando la morbilidad de la cirugía abierta.