



Esofagectomía mínimamente invasiva

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo de Roig-García et al¹ titulado "Cirugía laparoscópica en el cáncer de esófago". Nos encontramos inmersos en el mismo período de desarrollo de la cirugía endoscópica del cáncer de esófago que los autores, y en este momento nuestra experiencia es de 19 pacientes², tras haber finalizado todo el procedimiento por vía endoscópica en 16 de ellos (13 con triple vía, toracoscopia, laparoscopia y cervicotomía, y 3 esofagectomías transhiatales) y en 3 mediante formas mixtas (toracoscopia más laparotomía, o viceversa) y quisiéramos hacer algún comentario al respecto.

La movilización del estómago y la creación del tubular gástrico descrito por Roig-García et al son idénticas, en el orden de los gestos quirúrgicos, a las que empleamos nosotros, utilizando 5 trocares, si bien situados en una posición levemente distinta que para el abordaje del hiato, dato que los autores no describen. Asimismo, omitimos la piloroplastia. La extracción de la pieza también la realizamos por vía cervical, pero a diferencia de Roig-García et al, la anastomosis esofagogástrica cervical la realizamos laterolateral con sutura mecánica (endo-GIA-30) que permite una anastomosis amplia y que encontramos más segura (1 fístula, sin estenosis posterior, en más de 25 casos realizadas de esta forma), lo que quizá ayudaría a los autores a evitar una incidencia alta (3/7) de fístula cervical³. La selección de la vía (transhiatal frente a toracoscopia) no la realizamos en función de la localización supracarinal o infracarinal del tumor, reservando la transhiatal para casos seleccionados de adenocarcinomas precoces y comenzando en los demás el procedimiento por vía toracoscópica, confiando en la estadificación intraabdominal antes y después de la radioquimioterapia, como realizan Roig-García et al.

Queremos felicitar al grupo de Girona por la publicación; la mortalidad de la serie laparoscópica ha sido nula y la de su serie histórica del 7,6%, lo cual es envidiable y denota, además de un manejo clínico y quirúrgico muy competente, una excelente selección de casos y protocolización.

**José María Enríquez Navascués^{a,b}, José Luis Elorza^{a,b},
José Ignacio Asensio^{a,b}, Santiago Larburu^{a,b}
e Idoia Irureta^a**

^aServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Donostia. Donostia. España.

^bSección de Cirugía Gastrointestinal. Hospital Donostia. Donostia. España.

Bibliografía

1. Roig-García J, Girones-Vilà J, Pujades de Palol M, Codina-Barreras A, Blanco J, Rodríguez-Hermosa JI, et al. Cirugía laparoscópica en el cáncer de esófago. Cir Esp. 2005;77:70-4.

2. Elorza JL, Asensio JI, Larburu S, Enríquez-Navascués JM. Three stage minimally invasive esophagectomy. *Dis Esophagus*. 2004;17 Suppl 1:62-3.
3. Singh D, Maley RH, Santucci T, et al. Experience and technique of stapled mechanical cervical esophagogastric anastomosis. *Ann Thorac Surg*. 2001;71:419-24.

Received 10/10/05