



www.elsevier.es/cirugia

V-072 - LEIOMIOMA ESOFÁGICO: RESECCIÓN TORACOSCÓPICA

A. Roig Bataller, N.J. Martínez Hernández, M. Estors Guerrero, E. Miñana Aragón, F. Sánchez García, R. Esturi Navarro, J. Aguiló Lucía y J. Galbis Caravajal

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: Presentamos el vídeo de una cirugía VATS de resección de leiomioma y reparación esofágica por 3 puertos.

Caso clínico: Varón de 50 años, con resección gástrica previa de leiomioma. En control en TC y tránsito baritado se observa una lesión ovalada bien definida de $2,5 \times 4$ cm en tercio superior esofágico que disminuye su luz. En esofagoscopia se detecta compresión extrínseca que modifica con movimientos respiratorios. Con el diagnóstico de sospecha de leiomioma esofágico se indica la cirugía. Se procede a intubación con un tubo de doble luz, se le coloca un catéter paravertebral a nivel de T5 y sonda nasogástrica. Con el paciente en decúbito lateral izquierdo se colocan 3 puertos en hemitórax derecho; uno de 10 mm en 6º espacio intercostal, línea axilar posterior para la cámara. Una vez introducida la cámara y tras haber evidenciado la tumoración justo cefálica a la vena ácigos, con la ayuda de agujas percutáneas, se decide la ubicación de los otros puertos en los puntos que nos permitan un acceso óptimo a la zona de la tumoración. El segundo puerto, de 5 mm se coloca en 3º espacio, línea axilar posterior y el tercero, de 11,5 mm, en 7º espacio, paravertebral. Se procede a la apertura de la pleura caudal a la vena ácigos, se diseña y secciona la misma mediante endoGIA. Se continua de manera cefálica la apertura de la pleura, para exponer el tercio superior del esófago. Realizamos miotomía longitudinal sobre la zona de máxima fluctuación del tumor hasta acceder al mismo. Mediante disección roma y sección de adherencias mediante Ligasure y electrocauterio con gancho de endoscopia, se procede a la separación del tumor de la muscular circundante. Queda finalmente adherido únicamente a la mucosa, de la que se separa con disección roma. Se extrae con bolsa de endoscopia. Comprobamos la estanqueidad de la mucosa esofágica insuflando aire a través de la sonda nasogástrica sin evidenciar fuga ninguna. Se procede a la reparación de la pared muscular esofágica, aproximando en bloque ésta y la pleura parietal con puntos sueltos de seda de 2-0. Una vez finalizado el cierre de la pared muscular esofágica insuflamos de nuevo aire por la sonda nasogástrica, demostrándose estanca. Se retira la sonda definitivamente. Colocamos un drenaje tipo Blake nº 24. El paciente permanece 3 horas en observación en URPA, tras lo cual sale a la planta. A las 24 horas se le realiza tránsito con contraste que no observa fuga, con lo que inicia tolerancia sin incidencias. A las 48 de la cirugía es dado de alta. Sigue revisiones en consultas sin dolor y tránsitos esofágicos sin hallazgos patológicos. La anatomía patológica fue finalmente de leiomioma.

Discusión: En este vídeo podemos observar cómo resulta factible la resección de leiomioma y la reparación esofágica y por 3 puertos y en decúbito lateral.