



www.elsevier.es/cirugia

V-101 - ESOFAGUECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA. PARTE II: LAPAROSCOPIA Y CERVICOTOMÍA

F. Mateo Vallejo, C. Medina Achirica, E. Gutiérrez Cafranga, M.R. Domínguez Reinado, S. Melero Brenes, W. Sánchez Bautista, I. Rivero Hernández y F.J. García Molina

Hospital General de Jerez, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva del esófago no es una técnica aún ampliamente aceptada debido fundamentalmente a su complejidad técnica. Además la necesidad de un abordaje toracoscópico y laparoscópico hace que los cirujanos torácicos, que dominan el tórax, no se encuentren en su medio en el abdomen y los cirujanos digestivos no se encuentren cómodos en el tórax. Se han realizado abordajes combinados toracoscópico y laparotómico y toracotómico y laparoscópico generalmente con vista a obviar la menor experiencia en alguno de estos campos. La colocación en prono del paciente y la realización de un neumotórax yatrogénico a baja presión permiten un abordaje cómodo del tiempo torácico pudiendo realizar una linfadenectomía amplia de los campos periesofágico, interbronquial y peritraqueal.

Caso clínico: Paciente de 58 años de edad con antecedentes personales de bronquitis crónica producida por su hábito tabáquico. Fibrilación auricular paroxística. Hepatopatía alcohólica y lumbociatalgía crónica. Acudió a consulta al Servicio de Digestivo por disfagia progresiva en el último mes por lo que se le realizó una endoscopia que mostró una tumoración a 30 cm de arcada dentaria con diagnóstico anatomo-patológico de adenocarcinoma. EGD: retención de contraste en unión de tercio medio e inferior de esófago con una extensión de unos 5 cm. TAC tóraco-abdominal: engrosamiento mural de esófago con dilatación proximal y dos adenopatías adyacentes de aspecto infiltrativo. Ecoendoscopia: lesión excremente a 30 cm de arcada dentaria que afecta a toda la pared sin invadir estructuras vecinas. Adenopatías peritumorales subcarinales y paratraqueales izquierdas. Presentado en el comité de tumores y al tratarse de un adenocarcinoma estadio T3N1M0 se decide quimioterapia neoadyuvante con oxaliplatin y capecitabina y cirugía posterior. Presentamos en este video el tiempo laparoscópico con la formación del tubular gástrico y la linfadenectomía de los campos ganglionares dependientes de los vasos gástricos izquierdos, de los grupos paracardiales y de la curvatura menor. La cirugía concluye con la extracción de la pieza por vía cervicotómica y la realización de la anastomosis esofagogástrica cervical.