



V-003 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RECIDIVA ANASTOMÓTICA A NIVEL DE LA ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL

Torroella Vallejo, Alba; Momblán, Dulce; Morales, Xavier; Turrado-Rodríguez, Víctor; Chullo, Gabriela; Ibarzabal, Ainitze; Lacy, Antonio

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: La recurrencia del cáncer esofagogastrico a menudo se presenta en forma de enfermedad sistémica, o bien como recidiva tanto local como sistémica. Por este motivo, la recidiva suele tratarse de una enfermedad no resecable. Existen pocos datos publicados acerca de cuál debería ser la mejor opción terapéutica para aquellos casos con recidiva exclusivamente local. En este trabajo presentamos un caso poco común de recidiva local anastomótica, tratada mediante un abordaje completamente mínimamente invasivo combinando un acceso laparoscópico y torácico.

Caso clínico: Varón de 70 años con antecedentes médicos de diabetes mellitus tipo II, hipertensión y dislipemia, diagnosticado en 2015 de un tumor de la unión esofagogástrica tipo Siewert II. Tras realizar neoadyuvancia con quimioradioterapia siguiendo un esquema CROSS TRIAL, el paciente se propuso para gastrectomía total y esofaguectomía distal transhiatal con linfadenectomía D2 y mediastínica inferior, y posterior reconstrucción utilizando una endograpadora circular mecánica para la confección de una anastomosis esofagoyeyunal termino-lateral y reconstrucción en Y de Roux, todo ello mediante un abordaje laparoscópico. El estudio anatomo-patológico confirmó un adenocarcinoma tipo intestinal pT2N1 con 2/17 ganglios afectos y márgenes de resección libres, sin factores de mal pronóstico. Tras una recuperación completa y seguimiento ambulatorio correcto, el paciente presenta una recidiva local a nivel de la anastomosis esofagoyeyunal, con una supervivencia libre de enfermedad de 3 años. En el PET-TC se objetiva una hipercaptación de FDG a nivel del esófago distal, sugestiva de metástasis ganglionares probablemente en contexto del proceso neoproliferativo de base. En la ecografía endoscópica se confirma una masa sólida homogénea de 23 × 15 mm a nivel de la anastomosis previa, con infiltración extrínseca de la pared esofágica que sobrepasa la muscularis. La masa está en contacto íntimo con la pleura y la Aorta, presentando un claro plano de separación. La biopsia con aguja fina de la lesión fue positiva para células de adenocarcinoma. Tras discutir el caso en el comité multidisciplinar, se consensuó tratamiento neoadyuvante con quimioradioterapia y posterior rescate quirúrgico. Mediante un abordaje laparoscópico se procede a realizar la disección completa del asa alimentaria y la anastomosis previa. A continuación, el paciente se coloca en decúbito prono para proceder al abordaje toracoscópico. Inicialmente se realiza una resección pleural izquierda seguida de la resección de la anastomosis esofagoyeyunal previa mediante una endograpadora lineal mecánica, y finalmente se re-confecciona una nueva anastomosis intratorácica esofagoyeyunal latero-lateral lineal mecánica. El tiempo quirúrgico fue de 174 minutos, sin incidencias intraoperatorias. La evolución postoperatoria fue correcta y el paciente fue dado de alta al 6º día postoperatorio, sin incidencias. Tras confirmar mediante estudio histopatológico un adenocarcinoma tipo intestinal sin factores de mal pronóstico

y márgenes de resección libres, se descarta la necesidad de realizar tratamiento adyuvante. Actualmente, el paciente persiste libre de enfermedad.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva, incluyendo el abordaje tanto laparoscópico como toracoscópico, es una opción factible en pacientes seleccionados con recurrencia exclusivamente local sin afectación sistémica, puesto que puede facilitar el acceso a espacios estrechos, realizar una anastomosis compleja, así como reducir la agresión y la morbilidad quirúrgica.