



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-035 - ESOFAGUECTOMÍA ONCOLÓGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA

Sánchez Segura, José; Pérez Reyes, María; Rodríguez Cañete, Alberto; Montiel Casado, Custodia; Fernández Aguilar, Jose Luis; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Botello García, Francisco; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El cáncer de esófago es el sexto más frecuente del aparato digestivo. Tiene predilección por el sexo masculino, y se presenta habitualmente a los 50-70 años de vida. Es una neoplasia agresiva, siendo junto al cáncer de páncreas la que presenta una menor supervivencia a 5 años. En la última década se ha producido un incremento de las neoplasias de esófago distal y de la unión esófago-gástrica en relación a una mayor prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y obesidad. El tratamiento en estos casos es la esofaguectomía de Ivor-Lewis, quedando una anastomosis esofagogástrica intratorácica. La implantación del abordaje mínimamente invasivo tiene como objetivo reducir la morbilidad asociada a este tipo de cirugía, en especial el riesgo de complicaciones respiratorias. En este vídeo se presenta el caso de una esofaguectomía de Ivor-Lewis con anastomosis intracorpórea realizada mediante abordaje mínimamente invasivo.

Caso clínico: Varón de 47 años fumador con antecedentes de obesidad tipo 2 y ERGE. Estudiado por clínica de disfagia y síndrome constitucional. En la endoscopia se observa una neoplasia de tercio distal de esófago, definida en el estudio posterior como T3N1M0. Tras recibir quimio-radioterapia neoadyuvante, se programa al paciente para cirugía. La técnica elegida es la esofaguectomía de Ivor-Lewis. El abordaje abdominal se lleva a cabo mediante laparoscopia, con disección del hiato y confección de una gastroplastía tubular desde la incisura angularis con endograpadora. El segundo tiempo se aborda por toracoscopia en decúbito lateral izquierdo. Se realiza la disección del esófago torácico, incluyendo el mesoesófago, y una linfadenectomía cuidadosa. Tras seccionar el esófago a nivel del cayado de la vena ácigos, se asciende la plastia y se completa la exéresis de la pieza. Se confecciona anastomosis esófago-gástrica latero-lateral mecánica intracorpórea con endograpadora, cerrando el defecto con sutura V-lock con la luz esofágica tutorizada por una sonda nasogástrica. Buena evolución postoperatoria, sin complicaciones graves (Clavien > 2) y con alta a domicilio en el 12º día tras la intervención. Anatomía patológica con respuesta completa a neoadyuvancia (ypT0N0), aislándose 16 ganglios.

Discusión: La aplicación de técnicas de abordaje mínimamente invasivo a la cirugía oncológica del esófago permite realizar la intervención de forma eficaz y segura, reduciendo la aparición de complicaciones postoperatoria y disminuyendo el tiempo de estancia.