CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):483

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-106 - ESTENOSIS ESOFÁGICA CAÚSTICA, TRIPLE ENDOPRÓTESIS FALLIDA: ESOFAGUECTOMÍA TOTAL, ABORDAJE TORACOSCÓPICO

Aranzana Gómez, Aurelio Francisco[1]; López Pardo, Rafael[1]; Trinidad Borrás, Anna[1]; Carballo López, María del Carmen[2]; Martínez Cortijo, Sagrario[2]; Tébar Zamora, Aída[1]; Repiso Ortega, Alejandro[1]

[1]Hospital Virgen de la Salud, Toledo; [2]Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva del esófago parece haber conseguido mejorar el curso postoperatorio de los pacientes intervenidos de esta patología, aunque su uso no esté extendido en la mayoría de los hospitales, debiendo demostrar su eficiencia y efectividad real en comparación con la vía abierta. Por otro lado, la posición en decúbito prono durante la toracoscopia facilita la visión de las estructuras y una disposición del pulmón adecuada sin necesidad de separador. La estandarización del procedimiento facilita la realización del mismo, sobre todo en aquellos casos más complejos, como el que presentamos en un vídeo que muestra el tiempo toracoscópico de una esofaguectomía total tipo McKeown. Objetivo: demostrar la seguridad y eficacia del abordaje mínimamente invasivo en pacientes con patología esofágica compleja que precisan una esofaguectomía total en tres campos.

Caso clínico: Paciente varón de 54 años remitido desde otro centro de la Comunidad por esofagitis caústica desde la infancia(colocación de gastrostomía a través de laparotomía media a los 4 años).En los últimos años, varias dilataciones con colocación de múltiples prótesis esofágicas, Imposibilidad para seguir colocando nuevas prótesis (cada vez menos eficaces) y su retirada, siendo portador de tres de ellas en el momento del estudio. Actualmente con clínica de disfagia tolerando sólo purés. En nuestro centro se intenta la retirada de las endoprótesis por Digestivo sin éxito, por lo que se indica cirugía. Se exponen las pruebas complementarias e iconografía de interés del caso. Intervención: decúbito prono, intubación selectiva, toracoscopia derecha,4 trócares, movilización esofágica en bloque, sin resección del conducto torácico, con componente fibro-inflamatorio severo periesofágico, sobre todo a nivel mediastínico superior por perforación cubierta del esófago por la porción proximal de la primera endoprótesis, con plastrón adherido a la pars membranosa de la tráquea con liberación completa del esófago laboriosa hasta el ápex mediastínico con sangrado a nivel superior izquierdo que se controla con bipolar y hemostático. La cirugía se continua con abordaje laparotómico y cervical, evidenciando a este nivel sección del recurrente izquierdo y fibrosis esofágica también proximal, completando la esofagogastrectomía proximal con anastomosis manual cervical esofagotubular gástrico, postoperatorio con neumonía por broncoaspiración, con firolaringoscopia que demuestra parálisis recurrencial izquierda con buena compensación de la cuerda contralateral. AP definitiva: pieza de esofaguectomía total con signos de erosión y fibrosis con inflamación de predominio crónico en gran parte del mismo. Bordes quirúrgico proximal con signos de erosión e inflamación. Borde quirúrgico distal (gástrico) sin lesiones relevantes. En la actualidad el paciente se encuentra en buen estado, ha precisado dilatación tras estenosis de la anastomosis, tras 11 meses desde la interevención.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva del esófago mediante toracoscopia derecha y en decúbito prono es una alternativa válida y segura a la cirugía tradicional, debiendo realizarse de forma estandarizada y por equipos con experiencia en este tipo de abordaje.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados