



www.elsevier.es/cirugia

V-42 - QUILOTÓRAX POSTESOFAGUECTOMÍA DE IVOR LEWIS ROBÓTICA. LIGADURA POR TORACOSCOPIA

M.S. Trujeda Carrera, M.J. Fernández Díaz, C. Fernández Escalante y M. Gómez Fleitas

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: La lesión del conducto torácico es una lesión infrecuente pero con una morbitmortalidad elevada después de una esofaguestomía. Una fuga persistente puede conducir en pocos días a un déficit nutricional e inmunológico grave. En cirugía abierta la incidencia publicada oscila entre un 0,6-9%. En las series de esofaguestomías robóticas publicadas hasta ahora parece haber un aumento de la incidencia con cifras que oscilan entre el 9,3% y 16,6%. En nuestra experiencia, después de 108 esofaguestomías por cáncer también hemos pasado de no tener ningún caso de quilotórax tras cirugía abierta, a un caso tras abordaje toracoscópico (6,6%) y 2 casos tras toracoscopia robótica (12%). Hoy en día sigue siendo controvertido si el tratamiento del quilotórax debe ser conservador o quirúrgico y en caso de tratamiento conservador cuánto debe prolongarse. Parece lógico que una solución lo más precoz posible es lo ideal pero la necesidad de una toracotomía puede retrasar la opción del tratamiento quirúrgico. El uso cada vez más frecuente de la toracoscopia puede facilitar el tratamiento quirúrgico precoz del quilotórax iatrogénico. Presentamos el vídeo de la reintervención por toracoscopia de un caso de quilotórax después de una esofaguestomía de Ivor Lewis con abordaje torácico robótico

Caso clínico: Varón de 52 años diagnosticado de adenocarcinoma de esófago distal (uT2-3uN0). Tras realizar tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia se realiza una esofaguestomía de Ivor Lewis mínimamente invasiva en su totalidad (laparoscopia y toracoscopia robótica). Presenta drenaje torácico de aspecto seroso de aproximadamente 1 litro/día desde el primer día post-IQ mantenido a pesar de dieta absoluta y nutrición parenteral por lo que al 5º día se decide re-IQ. Se realiza toracoscopia convencional, con el paciente en decúbito prono, a través de las puertas previas. Se identifica la plastia gástrica en la parte inferior de la imagen y el quilo en cavidad torácica y se intenta localizar conducto torácico desde la zona inferior al vértice torácico. Se identifica lesión puntiforme del conducto torácico próximo a la zona de sección del cayado de la ácigos se procede a la disección y clipaje del mismo. La duración de la intervención, con identificación y ligadura del conducto torácico, fue de 34 minutos. A las 24 horas el débito del drenaje se normalizó, a las 48 horas se inició tolerancia y el paciente fue dado de alta al 7º día de la reintervención.

Discusión: El tratamiento quirúrgico precoz por abordaje mínimamente invasivo del quilotórax postesofaguestomía puede evitar el deterioro del paciente y acortar la estancia sin la morbilidad asociada a una toracotomía.