



O-142 - NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL EN EL ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

M.J. Álvarez Martín, A. García Navarra, J.L. Díez Vigil, J. Valdivia, E. Corral Fernández, A. Bustos Merlo, N. Zambudio, J. Avella, M. Segura Reyes, F. González Pérez y A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar nuestra experiencia inicial en el abordaje mínimamente invasivo del cáncer de esófago (EMI).

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que han sido sometidos a EMI por cáncer de esófago en nuestro hospital entre diciembre del 2011 y noviembre del 2012. Descripción básica de la técnica: anestesia general con intubación selectiva bronquial. 1º) Toracoscopia derecha en decúbito prono, 3-4 trocares, apertura de la pleura mediastínica, ligadura del cayado de la ácigos (EndoGIA vascular), liberación completa del esófago con extirpación del tejido linfograso adyacente y colocación de un tubo de tórax. 2º) Laparoscopia en decúbito supino, posición francesa, cinco puertas: maniobra de Kocher, liberación del epiplón preservando la arcada gastroepiploica derecha, creación del tubo gástrico, linfadenectomía del tronco celiaco, disección del hiato extirmando el tejido linfograso periesofágico hiatal entre aorta y pericardio comunicando ampliamente las cavidades abdominal y torácica. 3º) Cervicotomía izquierda, apertura por planos, disección del esófago cervical respetando el nervio recurrente; tracción craneal del esófago bajo control laparoscópico evitando la rotación de la plastia, extirpación de la pieza y anastomosis esofagogástrica manual T-T monoplano con sutura continua y posterior colocación de drenaje cervical aspirativo.

Resultados: En dicho periodo se han intervenido 10 pacientes: 9 hombres y 1 mujer con edad media 61,2 años (38-81). Antecedentes personales: EPOC 10%, DM 30%, HTA 40%, Prótesis biológica Aortica 10%, cardiopatía isquémica 20%, tabaquismo 70%, alcoholismo 50%, VHC+ 10%, RGE 50%, esófago Barrett 10%. Primer síntoma: disfagia 70%, hallazgo incidental 20% y Sd. constitucional 10%. Localización: 20% tercio medio (carcinomas epidermoides), 80% tercio inferior (adenocarcinomas). Pruebas complementarias: EDA, TC cérvico-toraco-abdominal, PET-TAC y ECO-EDA; en un caso no se pudo hacer ECO-EDA por estenosis infranqueable y se le colocó una endoprótesis; se realizó fibrobroncoscopia (FBC) en los casos localizados en tercio medio. Estadiaje preoperatorio: IB (10%), IIA (10%), IIB (30%), IIIA (20%), IIIB (20%), IIIC (10%). Siete casos recibieron neoadyuvancia con respuesta parcial (PET-TAC/ECOEDA) en cinco, no respuesta en uno y progresión tumoral en otro. Riesgo anestésico: 60% ASA II, 40% ASA III. Tiempo operatorio medio 7,9 horas (6-11). Resección R0 (90%), R1 (10%) por infiltración traqueal no identificada en FBC preoperatoria. Índice conversión laparoscopia 0%, toracoscopia 10% por infiltración traqueal. Estancia media 8 días. Morbilidad postoperatoria: ninguna en el 50%, edema pulmonar leve 20%, atelectasia 10%, fistula cervical con síntomas locales 10%, dificultad vaciado gástrico 10%; Mortalidad 0%. Estadiaje postquirúrgico: IB (10%), IIB (60%), IIIA (20%), IIIC (10%). Linfadenectomía media 12 ganglios (6-27), bordes quirúrgicos libres de tumor. El 40% recibió adyuvancia postoperatoria. Revisión al año: 20%

estenosis de anastomosis, 10% exitus (caso resección R1), 10% recidiva (metástasis cerebelosa), supervivencia global 90%, supervivencia libre de enfermedad 80%.

Conclusiones: La EMI, aunque técnicamente exigente, está demostrando ser una alternativa válida a la cirugía abierta en el cáncer de esófago (menor morbilidad respiratoria, dolor, estancia y mayor calidad de vida) sin comprometer la calidad de la pieza resecada. Nuestros resultados preliminares con esta técnica se hallan dentro de los estándares en cuanto a morbi-mortalidad. No obstante tenemos áreas de mejora como el tiempo operatorio y número de ganglios resecados.