



V-040 - TORACOSCOPIA EN PRONO EN IVOR LEWIS MÍNIMAMENTE INVASIVO

Sancho-Muriel, Jorge¹; Mingol, Fernando¹; Núñez, Ruth²; Vaqué, Javier¹; Ballester, Neus¹; Carvajal, Nicolás¹; de Jesús, Milton¹; García-Granero, Eduardo¹

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia; ²Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos: La cirugía mínimamente invasiva ha supuesto un avance en todo tipo de cirugía, también en la esofagectomía ha significado una mejora en la recuperación gracias a un menor dolor y menor morbilidad postoperatorios, sobre todo mediante el abordaje toracoscópico en posición prona, pero una de las cosas que más limitan el uso de esta técnica es la esofagogastrostomía intratorácica toracoscópica, que es una técnica muy exigente y cuyo fallo implica una alta morbimortalidad. El objetivo de este vídeo es presentar paso a paso el segundo tiempo toracoscópico de la esofagectomía subtotal tipo Ivor Lewis mínimamente invasiva, utilizando el dispositivo Orvil® para realizar la anastomosis intratorácica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 68 años con diagnóstico mediante endoscopia y biopsia de adenocarcinoma de esófago, que tras recibir tratamiento neoadyuvante con 3 ciclos de raltitrexed y oxaliplatino se realiza resección quirúrgica de la lesión mediante esofagectomía Ivor Lewis mínimamente invasiva. Presentamos un vídeo de una esofagectomía Ivor Lewis mediante toracoscopia en prona y sin intubación selectiva, con esofagectomía en bloque mediante la resección de ambas pleural y de todo el tejido linfogástrico periesofágico hasta el plano de la aorta, además de la linfadenectomía infracarinal. La reconstrucción posterior se realiza mediante una anastomosis esofagogástrica intratorácica mediante el dispositivo Orvil y bolsa de tabaco manual para ajustar al cabezal de la endograpadora circular y refuerzo de esta sutura con un lazo laparoscópico. Para realizar esta técnica es necesaria la realización de una minitoracotomía de asistencia para la colocación de un puerto de gel que permite la extracción de la pieza quirúrgica y la colocación de la endograpadora circular sin perder el neumotórax necesario para realizar esta intervención.

Discusión: La resección quirúrgica con linfadenectomía radical, asociada o no a tratamiento neoadyuvante es el único tratamiento curativo actualmente en el adenocarcinoma de esófago. La implementación de las técnicas mínimamente invasivas en la cirugía esofágica ha mostrado resultados prometedores en cuanto a morbilidad postoperatoria, reduciendo el dolor postoperatorio, las complicaciones respiratorias de la toracotomía y la estancia hospitalaria entre otras, aunque algunos autores señalan como desventajas la gran dificultad de esta operación, el riesgo de fuga anastomótica cuya localización intratorácica puede desencadenar una mediastinitis fatal y capacidad de realizar una linfadenectomía óptima. Se han descrito en la bibliografía numerosas técnicas para realizar la anastomosis intratorácica tras la esofagectomía, y todas con resultados dispares en cuanto a la incidencia de fugas de tal forma que no existe una técnica estándar. En nuestro centro realizamos esta técnica con bolsa de tabaco manual y mediante endograpadora circular tanto en el abordaje abierto como en el endoscópico, con una tasa de fuga anastomótica inferior al 5%. Mediante esta técnica conseguimos una anastomosis tubular, sin líneas de grapas en la sutura y de buen calibre.