



P-152 - ESOFAGECTOMIA MÍNIMAMENTE INVASIVA TRANSTORÁCICA EN POSICIÓN SEMIPRONO POR CÁNCER ESOFÁGICO. EXPERIENCIA INICIAL

Romera Barba, Elena; Navarro García, María Inmaculada; González-Costea Martínez, Rafael; Torregrosa Pérez, Nuria María; Perán Fernández, Cristóbal; Martínez Manzano, Álvaro; Muñoz García, Javier; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La aparición y el desarrollo de la esofagectomía mínimamente invasiva (EMI) ha permitido evitar la necesidad de la toracotomía, reduciendo el dolor y las complicaciones respiratorias. Se han descrito varias alternativas de EMI, fundamentalmente en cuanto a las distintas posiciones de trabajo en la fase torácica, entre las cuales está la posición clásica en decúbito lateral, posición prono y posición semiprono. La posición en semiprono se asemeja más a la posición prono que la posición lateral ya que en prono y semiprono el pulmón cae por gravedad hacia anterior en el tórax y no es necesario la constante separación del pulmón y la aspiración de líquido en el mediastino posterior. En la literatura existen estudios donde se describe un menor tiempo operatorio, mejor ergonomía, menores complicaciones, menor estancia y mayor número de ganglios resecados en posición prono comparado a posición lateral, pero no existen estudios en relación al semiprono. Nuestro objetivo es describir la técnica de EMI transtorácica en posición semiprono y comunicar nuestros resultados preliminares.

Métodos: Se incluyó a 5 pacientes varones con cáncer de esófago sometidos a una EMI en posición semiprono realizadas en nuestro centro, desde junio a noviembre de 2018, cuyas características se resumen en la tabla adjunta. Se utiliza tubo orotracheal de doble lumen izquierdo. En la fase torácica se coloca al paciente en posición semiprono, logrando un ángulo de 50-60° entre la mesa operatoria y el tórax del paciente. Se instalan 3 trócares de 10-12 mm posteriores a la altura de la línea axilar posterior y 1 trócar de 5 mm en posición media entre línea axilar posterior y la columna, en el hemitórax derecho. Se utiliza óptica de 3° y neumoperitoneo de 8 mmHg. La fase abdominal se realiza mediante laparoscopia con 5 trócares en abdomen superior.

Resultados: En 4 pacientes realizamos una EMI tipo Ivor-Lewis con sutura mecánica circular tipo orvyl de 25 mm, y en 1 caso se realizó una EMI tipo McKeown con anastomosis cervical manual. Se precisó conversión a toracotomía en 1 caso por lesión de la aorta, que se resolvió mediante sutura de la misma. El tiempo medio operatorio fue 423 min (rango 360-480 min). La mortalidad fue 0% y la morbilidad global 60%. Las complicaciones fueron: 1 fuga de la anastomosis esófago-gástrica, 1 perforación de la plastia gástrica por decúbito de SNG y una fuga en la línea de grapas de la plastia gástrica. Todas ellas se resolvieron de forma conservadora mediante drenaje torácico y prótesis parcialmente cubierta que se retiró a las 3-4 semanas. La mediana de estancia hospitalaria fue de 30 días (rango 13-68 días). La mediana de seguimiento fue de 5 meses (rango 5-10 meses).

Edad	IMC	ASA	Localización	Tipo de tumor	TNM preoperatorio	RT-QT preoperatoria	TNM postoperatorio
59	28,78	III	Tercio distal	Adenocarcinoma	T3N2M0	Sí	yPT3N1
52	26,51	III	Tercio distal	Carcinoma neuroendocrino de alto grado	T3N0M0	No	pT3N1
45	19,49	II	Tercio medio	Adenocarcinoma	T4N1M0	Sí	ypT0N0
49	20,28	III	Tercio distal	Carcinoma epidermoide	T1-2N0M0	No	pT3N0
71	22,68	II	Tercio distal	Adenocarcinoma	T3N1M0	Sí	ypT0N0

Conclusiones: Consideramos que la posición semiprono podría tener beneficios al disminuir las dificultades en la monitorización y manejo de la vía aérea por anestesia, facilita la introducción del cabezal de la orvyl para hacer la anastomosis torácica y permite una conversión rápida en caso de necesidad, comparado con la posición prono. Estas ventajas descritas se deben estudiar prospectivamente ya que no existen estudios comparativos entre ambas posiciones.