



## V-016 - CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA TIPO IVOR-LEWIS. ANASTOMOSIS LATERO-LATERAL MECÁNICA FALLIDA CON SOLUCIÓN INTRAOPERATORIA

Tejero-Pintor, Francisco Javier<sup>1</sup>; Toledano Trincado, Miguel<sup>1</sup>; Díez del Val, Ismael<sup>2</sup>; Plua Muñoz, Katherine<sup>1</sup>; Choolani Bhojwani, Ekta<sup>1</sup>; Acebes García, Fernando<sup>1</sup>; Marcos Santos, Pablo<sup>1</sup>; Pacheco Sánchez, David<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; <sup>2</sup>Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía esofágica mínimamente invasiva (CEMI) tiene como ventajas menos dolor, recuperación más temprana y mejor calidad de vida comparada con la cirugía esofágica clásica convencional. Cuando realizamos la técnica Ivor Lewis, es necesaria una anastomosis intratorácica toracoscópica que es técnicamente muy exigente con la endograpadora circular. La implementación de la anastomosis mecánica latero-lateral ha supuesto que este paso sea menos laborioso y reproducible.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia y soluciones a los problemas técnicos que pueden surgir en la anastomosis laterolateral esofagoyunal intratorácicas.

**Caso clínico:** Presentamos a un varón de 58 años sin antecedentes personales de interés con historia clínica de disfagia. Se le realizó una gastroscopia en la que se objetivó una tumoración en tercio inferior de esófago, cuyo estudio histológico fue compatible con adenocarcinoma esofágico bien diferenciado sobre esófago de Barret. En la ecoendoscopia se confirmó dicho diagnóstico en un estadio T1bN1. El estudio de extensión fue negativo para enfermedad a distancia. Se realizó tratamiento neoadyuvante con radioterapia 45 Gy y carboxiplatino + taxol. La tomografía computarizada tras neoadyuvancia confirmó la remisión casi completa. El paciente se sometió a esofagectomía tipo Ivor-Lewis por laparoscopia en el tiempo abdominal y toracoscopia en decúbito prono en el tiempo torácico. Tal y como se puede visualizar en el vídeo, se utilizaron 4 puertos (12-10-5-5 mm). Tras realizar la disección esofágica y linfadenectomía estándar infracarinal, se transeccionó el esófago por encima del cayado de la ácigos. Se realizó anastomosis latero-lateral con endograpadora lineal. En el video se muestra como la pala de la endograpadora disecciona el plano submucoso del esófago, un problema intraoperatorio bastante frecuente, que puede añadir morbilidad a la anastomosis sino se advierte y repara intraoperatoriamente. Mostramos como reparamos el problema con puntos transfixivos abriendo la mucosa y terminando la anastomosis. Proponemos en clip de video de otro paciente insertado, la solución para este problema, con dos suturas entrecortadas mucosa-muscular en la boca del cabo esofágico que evierten la mucosa, de forma que la pala de la endograpadora entra directamente sin posibilidad de diseccionar la falsa vía submucosa. El paciente fue dado de alta a los 7 días tras la cirugía tolerando, afebril y asintomático.

**Discusión:** La CEMI parece tener varias ventajas en la disminución de complicaciones postoperatorias. Sin embargo, el tipo de anastomosis óptima en este tipo de cirugía está aún en

debate, incluso su localización (cervical o intratorácica). Un metanálisis de 5.483 pacientes esofagectomizados, concluyó que la anastomosis cervical tiene mayor porcentaje de fístula y parálisis vocal. En cuanto al tipo de anastomosis, la anastomosis término lateral con endograpadora circular es una opción válida y sencilla ya que no requiere realizar sutura. Sin embargo, se ha demostrado un mayor porcentaje de estenosis de la anastomosis. En conclusión, la anastomosis mecánica latero-lateral en CEMI es una opción sencilla y con menos tasa de complicación postoperatoria. Se debe prestar atención a problemas intraoperatorios que puedan acaecer como en este caso.