



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-044 - ESOFAGUECTOMÍA IVOR LEWIS MÍNIMAMENTE INVASIVA GUIADA CON ICG CON FIJACIÓN MUCOSA EN LA ANASTOMOSIS MECÁNICA INTRATORÁCICA

Toledano, Miguel; Bueno Cañones, Alejandro; Veleza Belanche, Sandra; Marcos Santos, Pablo; Acebes García, Fernando; Choolani Bhojwani, Ekta; Martín Esteban, Mariluz; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Objetivos: Comprobación del drenaje linfático de un adenocarcinoma en la unión esofagogástrica para una correcta linfadenectomía abdominal y torácica y explicación de la confección de una anastomosis mecánica intratorácica con fijación de la mucosa esofágica para evitar la tunelización submucosa esofágica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 40 años, fumador y sin antecedentes de interés, diagnosticado por clínica de disfagia de un tumor adenocarcinoma a 35 cm de la arcada dentaria por endoscopia. El TAC toracoabdominal revela un tumor de 6 cm en la unión esofagogástrica, sin adenopatías abdominales ni mediastínicas patológicas y sin metástasis a distancia. La ecoendoscopia revela un estadio T3N0, por lo que se decide en comité interdisciplinario neoadyuvancia con quimiorradioterapia y cirugía a las 8 semanas de terminar la neoadyuvancia. Se plantea cirugía mínimamente invasiva Ivor Lewis realizando linfadenectomía guiada con ICG. En el tiempo abdominal el abordaje se realiza con 3 trócares de 12 mm y 2 de 5 mm. Disección de toda la curvatura mayor gástrica respetando la arcada gastroepiploica, con maniobra de Kocher para ascender píloro y linfadenectomía estándar de los territorios 1, 2, 3, 7, 8, 9 y 11p. En el tiempo abdominal realizado con 3 trócares de 12 y 1 de 5 mm, se realiza disección de pleura mediastínica esofágica y linfadenectomía estándar guiada con ICG, diseccionando los territorios mesoesofago, periaórticos, infracarinales y peribronquiales derecho e izquierdo con sección del vago por debajo de la bifurcación de la rama bronquial derecha. En el mapeo con ICG se ve la ausencia de captación de los territorios paratraqueales derechos e izquierdos. Se utilizan puntos de fijación mucosa esofágica para la confección de la anastomosis y evitar de esta forma la tunelización submucosa de la pala de la endograpadora.

Discusión: La linfadenectomía abdominal y torácica es el único arma quirúrgica que tenemos para evitar las recidivas ganglionares en los tumores de esófago. Existe controversia en la extensión de la linfadenectomía torácica en los tumores adenocarcinoma de tercio inferior. La linfadenectomía extendida que incluye los territorios paratraqueales derechos e izquierdos no está exenta de morbilidad, ya que la identificación de los nervios recurrentes es difícil y las estructuras anatómicas adyacentes pueden lesionarse con facilidad, pars flácida traqueal, cayado aórtico, bronquio principal izquierdo, nervio frénico, arterias subclavias e incluso la vena cava superior. Aunque la ausencia de captación de ICG no nos garantiza la negatividad para micrometástasis ganglionares, está demostrado que nos marca el drenaje linfático del tumor y puede orientarnos para la necesidad de linfadenectomía en territorios ganglionares difíciles. Por último la anastomosis intratorácica mínimamente invasiva alta en el Ivor Lewis es difícil y la fijación de la mucosa

esofágica con puntos guía, nos facilita la introducción de la pala esofágica de la endograpadora evitando la tunelización submucosa esofágica. En un futuro seguramente la combinación de ICG con trazadores podrá guiarnos intraoperatoriamente para la correcta linfadenectomía y las plataformas robóticas facilitarán la confección de la anastomosis intratorácica.