



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-157 - CASO CLÍNICO: ANESOFAGIA ESOFÁGICA CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO MUCOCUTÁNEO RADIAL

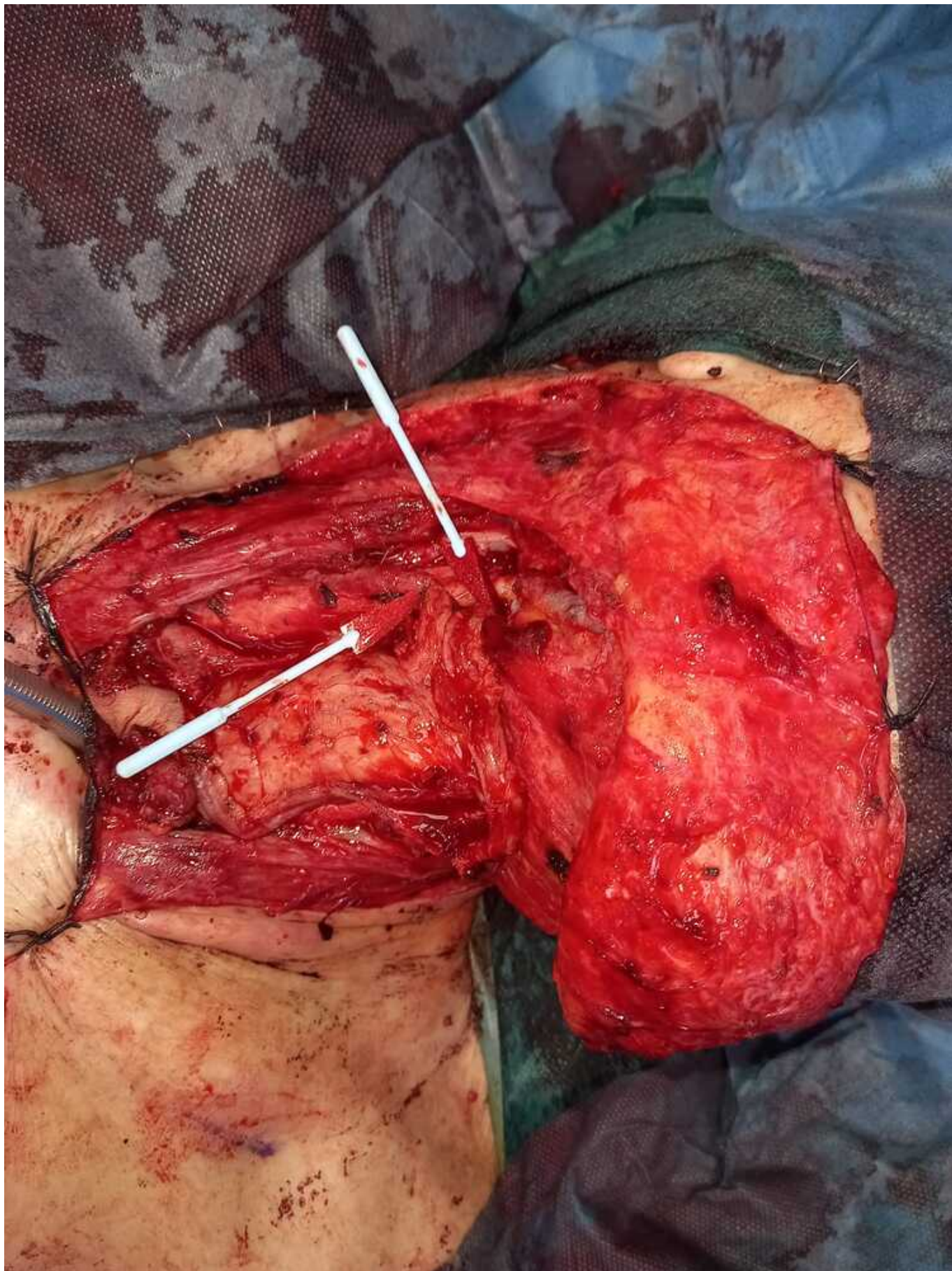
Almoguera González, Francisco José; Socas Macías, María; García Díaz, Antonio; Barrera Pulido, Fernando; Morales Conde, Salvador; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las estenosis esofágicas cuando no son tumorales, es una patología poco frecuente y en menor medida que necesiten una intervención quirúrgica. En este caso la valoración multidisciplinar entre varias unidades es imprescindible en este tipo de patologías infrecuentes para un abordaje en diferentes estructuras como es la región cervical, abdominal o la reconstructiva con colgajos libres tanto radiales como la nueva posibilidad que es la utilización de yeyuno libre.

Caso clínico: Varón de 59 años que como antecedentes personales de interés presenta poliomielitis pierna derecha con alargamiento quirúrgico de la tibia, EPOC y un carcinoma epidermoide de laringe estadio cT4N2cM0 intervenido mediante laringectomía total + vaciamiento ganglionar bilateral en 2019 junto con confección de traqueostomía. Se finaliza tratamiento en 2020 sin evidencia de enfermedad. Tras finalizar tratamiento el paciente comienza con disfagia que comienzan a sólidos y terminan siendo incluso a líquidos con necesidad de colocación de gastrostomía de alimentación. Se realiza una endoscopia objetivando una estenosis a la altura de la boca de Killiam sin permitir paso de endoscopio por lo que se decide intervención quirúrgica para reconstrucción esofágica junto con Cirugía Plástica y Cirugía Maxilofacial, proponiendo la confección de un neoesófago con colgajo mucocutáneo libre del radial. Se comienza la cirugía con la disección del cuello para exponer troncos vasculares importantes para realizar posteriormente la anastomosis arteriovenosa. Se aprecia estenosis esofágica completa que se secciona dejando ambos cabos libres. Confección de colgajo mucocutáneo radial manteniendo su correcta vascularización con la arteria radial y la vena cefálica en toda su longitud. Se realiza la forma esofágica en forma de tubo realizando sección vascular. Finalmente se realiza una anastomosis termino-terminal de ambos cabos esofágicos al nuevo esófago con Monocryl 3/0 y la sutura vascular de arteria radial a arteria facial y de vena cefálica a vena yugular externa ambas con Prolene 8/0 (fig.). Se produce un defecto en el cierre de la incisión cervical por lo que se consigue el cierre con colgajo pectoral izquierdo muscular pediculado tunelizado. Durante su ingreso, fue dado de alta al séptimo día sin incidencias tolerando dieta líquida. En la revisión poshospitalización a los 3 meses de la intervención quirúrgica se encuentra tolerando dieta triturada sin incidencias.



Discusión: Presentamos un claro ejemplo de la integración de varias unidades quirúrgicas para una intervención quirúrgica compleja y poco frecuente. Los colgajos libres para formación de una neoesófago se describieron en la década de los 90 y han ido evolucionando hasta los que se realizan actualmente manteniendo íntegra la vascularización del colgajo y la necesidad de microcirugía para

la anastomosis vascular. Además, actualmente está en discusión la utilización de este flap libre mucocutáneo o un yeyuno libre por lo que es un tema que está actualmente en estudio.