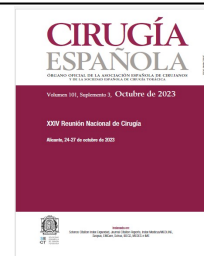




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-052 - TIEMPO ABDOMINAL DE INTERVENCIÓN DE IVOR LEWIS MÍNIMAMENTE INVASIVA

Roqué, Raúl Mariano; Parada González, Purificación; Lesquereux Martínez, Lucía; García Carrero, Marta; Bustamante Montalvo, Manuel Pedro

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Objetivos: Mostrar la disección realizada en el tiempo abdominal de una intervención de Ivor Lewis mínimamente invasiva.

Caso clínico: Paciente varón de 59 años con antecedentes de tabaquismo, ingesta excesiva de alcohol y EPOC. Diagnosticado de adenocarcinoma de UGE, Siewert tipo II. Clasificado cT3N1M0 por medio de TAC, ecoendoscopia y PET. En comité de tumores se decide tratamiento neoadyuvante con esquema FLOT. Finalizada la neoadyuvancia se evidencia escasa respuesta a la misma, pero sin progresión tumoral, por lo cual se programa para intervención quirúrgica con idea de decidir intraoperatoriamente la técnica a realizar dependiendo de la extensión esofágica: gastrectomía total ampliada vs. esofaguectomía. Durante la cirugía se evidencia extensión esofágica de la tumoración unos 4 cm por encima de la unión esofagogástrica por lo que se decide realizar esofaguectomía en dos tiempos tipo Ivor Lewis mínimamente invasiva. El paciente cursó el posoperatorio sin complicaciones. Fue dado de alta a los 10 días de la intervención. A los 2 meses de la cirugía el paciente continúa tratamiento adyuvante con quimioterapia. Anatomía patológica: ypT3, pN3, LV1, PN1, R0 (4 ganglios infiltrados de los 30 aislados).

Discusión: La intervención de Ivor Lewis por laparoscopia y toracoscopia presenta beneficios como la disminución de las pérdidas sanguíneas, de las complicaciones pulmonares y menor dolor, siendo un abordaje seguro y oncológicamente equivalente al abierto en centros con suficiente experiencia en cirugía esofágica y mínimamente invasiva. La prevalencia de hernias transhiatales posesofaguectomía no es bien conocida, se citan cifras de 4-6%, pero parece bastante probable que esta entidad esté infradiagnosticada. Se han citado como factores de riesgo la cirugía laparoscópica por la menor formación de adherencias, la existencia previa de hernia hiatal, la ampliación quirúrgica del hiato, la resección parcial de pilares, el elevado gradiente de presión entre abdomen y tórax y la excesiva pérdida de peso posoperatoria. En un intento de disminuir esta complicación se han descrito varios gestos quirúrgicos, como el cierre parcial de los pilares, fijación del tubo gástrico a los pilares, omentopexia e incluso refuerzo del hiato con malla, pero no hay evidencia de cuál es el mejor método para prevenir el desarrollo de una hernia transhiatal a corto o largo plazo. La mayor incidencia de fallo de la anastomosis en este tipo de abordaje parece estar relacionado con la curva de aprendizaje, ya que en un estudio europeo retrospectivo multicéntrico la incidencia disminuye del 18,8% al 4,5% después de los 119 casos (Van Workum F, *et al.* Ann Surg. 2019;269:88-94).