



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-029 - ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL ESTANDARIZADA LAPAROSCÓPICA TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL AMPLIADA

Aranzana Gómez, Aurelio; Cadaval Moreno, Luis; Rodríguez-Carreño Díaz, Lucas; Chiva San Román, Ignacio; López Pardo, Rafael; Cendrero Martín, Manuel; Morante Castaño, Jana; Ortega Ortega, Elena

Complejo Hospitalario, Toledo.

Resumen

Introducción: La fuga posanastomosis esofagoyeyunal tras gastrectomía total es una complicación temida que lastra de forma severa tanto el posoperatorio como la supervivencia de los pacientes sometidos a gastrectomía total tanto por vía laparotómica como vía laparoscópica. Se han descrito diferentes alternativas técnicas para su realización mecánica(circular), manual o manual-mecánica. En los últimos años, el abordaje robótico parece que facilita la realización de la anastomosis manual. Demostramos cómo realizamos la anastomosis esófago-yeyunal mecánica- manual tras gastrectomía total ampliada a esófago distal, de forma estandarizada, tras ir modificando la técnica, así como la utilización de ICG para comprobar la vascularización correcta de la anastomosis. Presentamos un vídeo demostrativo del caso clínico.

Caso clínico: Paciente varón de 56 años sin AP de interés, con diagnóstico tras cuadro pérdida de peso y disfagia de neoplasia gástrica. Exploraciones complementarias de interés: analítica y marcadores normales. EDA: neoplasia ulcerada de curvatura menor de 3 cm de cara posterior a de 4 cm del cardias. Biopsia compatible con adenocarcinoma gástrico difuso indiferenciado. USE: T3, N1, No Líquido libre. TAC: engrosamiento de pared gástrica a nivel de curvatura menor con extensión proximal por cara posterior, adenopatías perigástricas. Laparoscopia exploradora: Tumoración de cara posterior gástrica a nivel de curvatura menor a menos de 3 cm. Del cardias por vertiente medial anterior, no líquido libre ni Cmtx, Citología negativa tras lavado con SF. Tras presentar el caso en comité se decide tratamiento neoadyuvante con esquema FLOT. Intervención. Abordaje laparoscópico completo. Tumoración próxima al cardias, sobre todo por cara posterior. Endoscopia intraoperatoria para identificar el borde proximal de la lesión y margen oncológico. Es preciso abordaje vía Pinotti para disección esofágica distal mediastínica y asegurar margen proximal junto con linfadenectomía mediastínica inferior incluyendo ambas pleuras. Sección esofágica con biopsia intraoperatoria negativa del borde. Sección yeyunal, ascenso transmesocólico del asa, la esofagotomía en el esófago se hace en el extremo derecho del mismo punto de fijación a la mucosa esofágica, esto facilita la anastomosis latero-lateral mecánica (Egia 30)- manual (barbado del 2/0), Comprobación con azul de metileno e ICG de la ausencia de fugas y correcta vascularización de la anastomosis. Posoperatorio correcto con alta hospitalaria al 9.º día. AP definitiva: adenocarcinoma pobremente diferenciado, T3 N2.

Discusión: El abordaje laparoscópico ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz para el

tratamiento del cáncer gástrico. Sin embargo, la anastomosis esofagoyeyunal sigue representando una dificultad para su realización, sobre todo cuando esta es preciso realizarla a nivel mediastínico. La estandarización de la técnica, junto con el uso de la endoscopia intraoperatoria facilitan el este tipo de abordaje.