



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-068 - ESTANDARIZACIÓN TIEMPO TORACOSCÓPICO DURANTE LA ESOFAGUECTOMÍA TRES CAMPOS

Aranzana Gómez, Aurelio Fco.; López Pardo, Rafael; Toral Guinea, Pablo; Malo Corral, Juan; Krasniki, Gazmend; Muñoz Jiménez, Beatriz; Álvaro Ruiz, Claudia; Hernández Gutiérrez, Jara

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer de esófago parece haber conseguido mejorar el curso postoperatorio de los pacientes intervenidos de esta patología, aunque su uso no esté extendido en la mayoría de los hospitales, debiendo demostrar su eficiencia y efectividad real en comparación con la vía abierta. La posición en decúbito prono durante la toracoscopia facilita la visión de las estructuras y una disposición del pulmón adecuada sin necesidad de separador, abordaje de elección para muchos autores cuando se realiza una esofaguectomía en 3 campos por CMI.

Objetivos: Demostrar la seguridad y eficacia del abordaje mínimamente invasivo de forma estandarizada en el tiempo toracoscópico, en pacientes con patología esofágica maligna que precisan una esofaguectomía total en tres campos.

Métodos: Vídeo demostrativo de la estandarización por pasos sucesivos del procedimiento toracoscópico en una esofaguectomía en tres campos tipo McKeown. Caso clínico: paciente varón de 73 años diagnosticado de neoplasia epidermoide estenosante de tercio medio- distal esófago a 28 a 34 cm. (USE: T3,N2 preoperatorio). Portador de PEG. Recibió quimioradioterapia neoadyuvante con muy buena respuesta. Se exponen las pruebas complementarias. Intervención: decúbito prono, intubación selectiva, neumó a 8 mm de presión, toracoscopia derecha, 4 trócares, utilizando como referencia inicial la punta de la escápula, dos trócares triangulando sobre el anterior, siendo el inferior de 12 mm (EGIA), movilización esofágica en bloque con linfadenectomía estándar torácica (grupos ganglionares-gr.ggl.-107 > 112), no incluye la extendida supracarinal). 1°. Disección manguito de pleura periesofágica, iniciando la disección infrázigos, en dirección caudal, liberación del ligamento pulmonar, en dirección ascendente, sección del cayado de la aorta –EGIA vascular. 2°. Disección medial del plano preaórtico, por debajo de la hemiaórtica, incluyendo el conducto torácico, hasta la pleura izquierda, con clipaje de ramas directas de la aorta. 3°. Disección lateral desde el borde lateral periauricular hasta llegar al borde inferior del bronquio principal derecho, aislamiento del esófago a nivel yuxtapericárdico inferior para tracción adecuada con la ayuda de cinta. 4°. Disección gr.ggl. del hilio pulmonar, de medial a lateral. Apertura del pericardio por componente fibroinflamatorio post-RT, que se sutura. 5°. Disección gr.ggl. peribronquial derecho, infracarinal y por último peribronquial izquierdo. 6°. Disección supracarinal, extendida (2-4 R) del lado derecho en este caso, completando la movilización esofágica mediastínica inferior (gr. ggl. 111-112), con colocación de drenaje endotorácico y comprobación de una correcta reexpansión pulmonar. Recolocación del paciente, decúbito supino. La cirugía se continúa con abordaje laparotómico (cirugía abdominal previa y portador sonda de gastrostomía) y cervical completando la esofagogastrectomía proximal con anastomosis cervical esofagotubular gástrico, postoperatorio con EGD

de control al 6º día normal, disfonía leve con fibroscopia normal, alta hospitalaria al 11º día. AP. definitiva: carcinoma epidermoide mod. diferenciado, 4 de 34 ganglios aislados, pT3N2, borde libres.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer de esófago, mediante toracoscopia derecha y en decúbito prono es una alternativa válida y segura a la cirugía tradicional. La estandarización del procedimiento quirúrgico aumenta la seguridad y eficacia de éste, sobre todo en aquellos de mayor complejidad, debiéndose realizar en equipo, teniendo además en cuenta el número de casos limitado de pacientes con esta patología.