



VP-028 - ESOFAGUECTOMÍA TORÁCICA CON LINFADENECTOMÍA MEDIASTÍNICA EXTENDIDA A GRUPO PARATRAQUEAL DERECHO Y ANASTOMOSIS MANUAL TORÁCICA POR TORACOSCOPIA EN PRONO

Miranda Murua, Coro; Yarnoz, Concepción; Pérez, Elena; Hernando, Ana; Camarero, Bruno; Chaveli, Carlos; Artajona, Alicia

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: La linfadenectomía torácica en pacientes tratados por carcinoma esofágico es un punto controvertido. Si bien en todos los territorios la extensión y calidad de la linfadenectomía es un factor pronóstico independiente de supervivencia, este dato no se ha conseguido demostrar en el esófago ya que en la clínica se constata la progresión sistémica de esta enfermedad a pesar de la radicalidad local. Por otra parte, el incremento en la extensión de la linfadenectomía puede llevar aparejado un incremento en la morbilidad postoperatoria.

Caso clínico: Mostramos en el presente vídeo la técnica quirúrgica de la resección esofágica torácica oncológica, junto a linfadenectomía torácica extendida a los ganglios paratraqueales derechos, en un paciente diagnosticado de carcinoma epidermoide de tercio distal de esófago. La anastomosis, confeccionada en el vértice del tórax derecho, se realiza de manera manual entre el esófago y la plastia gástrica, con material de laparoscopia convencional. El acceso al tórax se realiza mediante toracoscopia en prono en paciente sometido a ventilación unipulmonar mediante bloqueo pulmonar derecho. El paciente había recibido tratamiento preoperatorio con quimio y radioterapia, y se muestra el tiempo torácico realizado con acceso por toracoscopia en prono del procedimiento Ivor Lewis. Evolución postoperatoria sin complicaciones. Estudio anatomopatológico yT3N2M0. En la linfadenectomía mediastínica se aíslan 16 ganglios (9 en el grupo paratraqueal) de un total de 33 resecados.

Discusión: En el tratamiento quirúrgico del carcinoma de esófago hay temas en debate en actualidad los planos quirúrgicos de resección, la extensión de la linfadenectomía y la resolución de la anastomosis torácica en el procedimiento de Ivor Lewis. La profundización en el conocimiento de la anatomía quirúrgica ha permitido definir los planos de resección favoreciendo la estandarización de la técnica. La extensión de la linfadenectomía está asociada a mejor estadificación locorregional de la enfermedad y parece tener impacto en la supervivencia si bien puede estar asociado a un incremento de morbilidad postoperatoria. Por otra parte dada la capacidad de diseminación sistémica de la enfermedad a pesar de la radicalidad local, hace que algunos autores pongan en cuestión el beneficio de la linfadenectomía extendida. Finalmente la anastomosis torácica en el vértice del tórax derecho es un procedimiento técnicamente exigente si bien es factible. Parece que la tecnología robótica aporta un beneficio en la confección de la misma, esta tecnología es costosa y

no está disponible en todos los centros. La confección de la anastomosis por vía mínimamente invasiva con material laparoscópico convencional es factible y reproducible como se muestra en el presente trabajo.