



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-122 - BRIDA DE EPIPLÓN COMO CAUSA DE ROTACIÓN DE LA PLASTIA GÁSTRICA A NIVEL MEDIASTÍNICO TRAS ESOFAGUECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

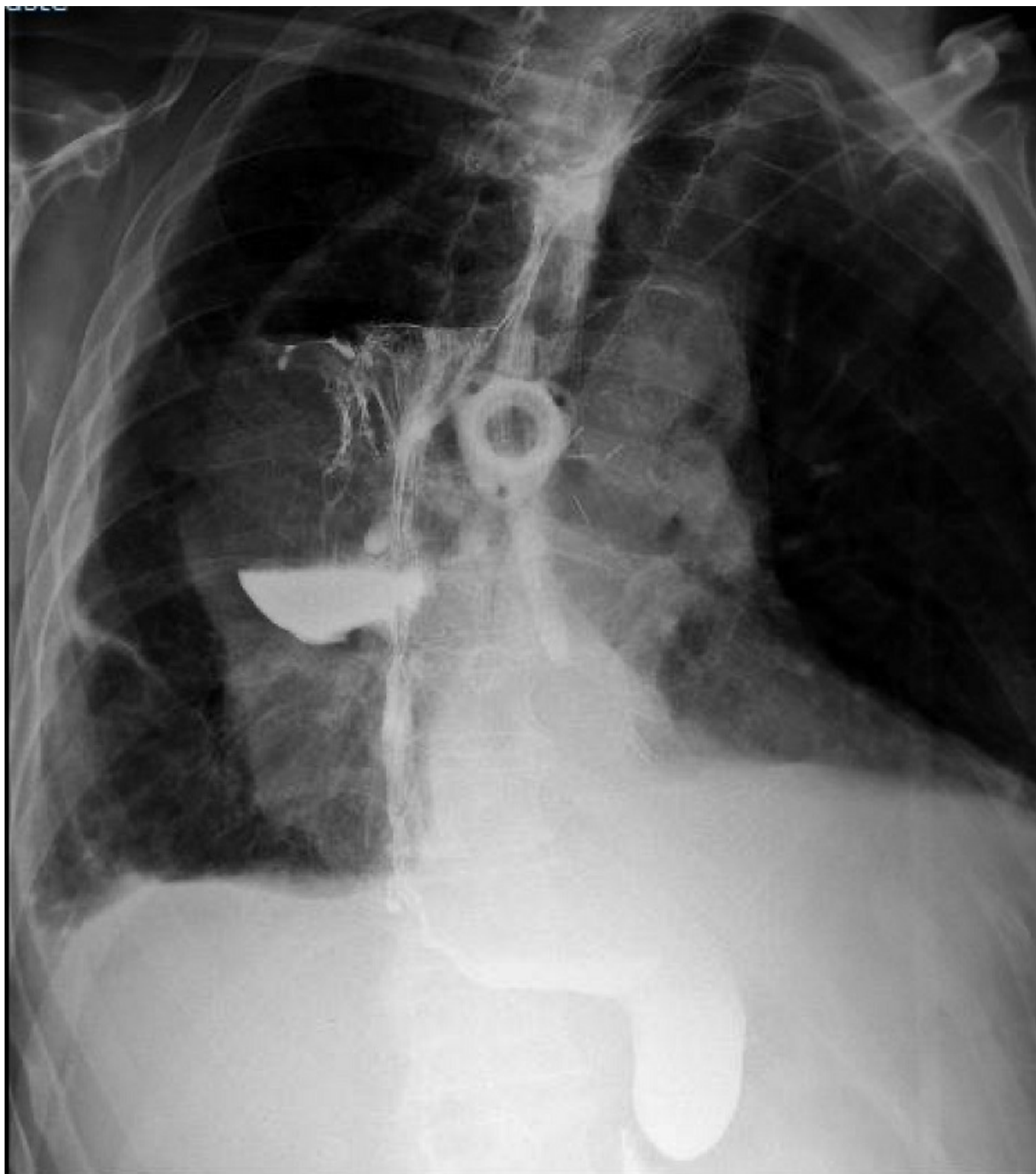
Santidrián Zurbano, Marta; Triguero Cabrera, Jennifer; Arteaga Ledesma, María; Mogollón González, Mónica; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Álvarez Martín, María Jesús

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (MI) es actualmente la técnica de elección para el tratamiento de las neoplasias esofágicas. Es una cirugía técnicamente muy exigente, con multitud de gestos quirúrgicos que deben ser afianzados por los equipos quirúrgicos para evitar complicaciones graves. Exponemos el caso de un paciente que presentó mal vaciamiento de la plastia gástrica (PG) en el posoperatorio inmediato, condicionado por una brida firme del epiplón redundante ascendido. Analizamos la forma de presentación, su manejo diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Varón de 65 años, con antecedentes de hipertensión, exfumador y exbebedor, diagnosticado de adenocarcinoma de esófago distal (uT3N1Mx). Tras recibir neoadyuvancia según esquema FLOT, fue sometido a esofaguectomía subtotal con PG de sustitución y anastomosis cervical según técnica de McKeown mediante abordaje MI en prono. El ascenso de la plastia se realizó a través del mediastino posterior y la cirugía transcurrió sin incidencias. Presentó fuga de bajo débito al 7º día posoperatorio recogida por el drenaje cervical que se trató de forma conservadora. Tras el inicio de la tolerancia oral, el paciente comenzó con regurgitación y vómitos tras la ingesta, evidenciándose en el tránsito con contraste dificultad de paso a nivel de una zona estenótica de la plastia en mediastino inferior (fig.). Se realizó endoscopia digestiva alta y TAC que confirmaron una rotación de la PG, que impedía el paso del endoscopio. Se decidió reintervención quirúrgica iniciando el abordaje por vía toracoscópica en decúbito lateral, que precisó conversión a toracotomía por adherencias firmes. Tras realizar una disección minuciosa de las adherencias al pulmón, se evidenció una torsión de la plastia en su tercio medio ocasionada por una adherencia del epiplón al pulmón. Esto condicionaba un giro sobre su eje vertical, provocando dilatación proximal y acodamiento de la misma. Tras liberar la adherencia y reseca el epiplón redundante se comprobó la correcta longitud y posición de la misma. Tras la cirugía, el paciente evolucionó de forma favorable, con cierre de la fístula anastomótica a los cinco días y permitiendo la reintroducción de la tolerancia oral de forma progresiva. El paciente fue dado de alta al 11º día tras la reintervención. Durante el seguimiento, aunque requirió varias dilataciones endoscópicas por estenosis a nivel de la anastomosis esofagogastrica, no presentó síntomas de vaciamiento retardado de la plastia.



Discusión: Las complicaciones relacionadas con el ascenso de la plastia a nivel mediastínico han cobrado interés con el auge del abordaje MI para la cirugía del cáncer de esófago. El mal vaciamiento de la PG es una complicación habitual que puede tener múltiples causas, la mayoría evitables con determinados gestos quirúrgicos que deben ser conocidos. La brida de epiplón como causa de estenosis y rotación de la plastia ha sido el primer caso en nuestra serie y es infrecuente en la literatura. Evitar dejar un epiplón redundante en la cirugía y ascenderlo de forma cuidadosa y paralela a la plastia puede ser una buena maniobra para su prevención. Un manejo precoz y multidisciplinar del mismo es fundamental para obtener unos buenos resultados.