CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):548

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-017 - PATOLOGÍA NEOPLÁSICA ESOFÁGICA: ESOFAGUECTOMÍA ROBÓTICA IVOR LEWIS. TIEMPO TORÁCICO

Maestro de Castro, José Luis; Toledano Trincado, Miguel; Acebes García, Fernando; Marcos Santos, Pablo; Bueno Cañones, Alejandro; Veleda Belanche, Sandra; Lizarralde Capelastegui, Andrea; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: En este trabajo se presenta un vídeo en el que se ilustra el caso de un paciente con una neoformación en tercio distal esofágico, la cual fue tratada con esofaguectomía robótica mediante técnica Ivor Lewis, mostrándose en este vídeo el tiempo torácico.

Caso clínico: Varón de 68 años sin antecedentes personales, que fue remitido a nuestra consulta por pérdida de peso en los últimos meses, acompañado de disfagia y dolor torácico. Se inicio el estudio con TC donde se observó un engrosamiento a nivel de esófago distal de 4 cm, de tipo no obstructivo, sin signos de extensión a distancia de la enfermedad. Posteriormente, se completó el estudio con endoscopia y ecoendoscopia, donde se observó una neoplasia no estenosante en tercio inferior esofágico, que también afectaba a cardias y fundus gástricos. La histología describió un adenocarcinoma G2, moderadamente diferenciado, ulcerado e infiltrante. El caso fue presentado en Comité multidisciplinar, donde se decidió quimioterapia neoadyuvante y posterior esofaguectomía bajo abordaje robótico. Tras el tiempo abdominal se realizó el tiempo torácico en decúbito prono. Acceso toracoscópico derecho con trócares de 2 × 8 mm y 2 × 12 mm. Se realizó la disección de pleura mediastínica desde cayado de la vena ácigos hasta hiato. Sección de vena ácigos y linfadenectomía periaórtica infracarinal y peribronquiales derecha e izquierda. Sección y resección de conducto torácico y liberación de esófago mediastino superior, así como de esófago por encima de cayado de la vena acigos. Confección de anastomosis laterolateral con endograpadora y refuerzo con doble sutura barbada. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno y de linfadenectomía con ICG. Colocación de drenaje torácico y extracción de pieza mediante minitoracotomía. Tras la cirugía el paciente evolucionó favorablemente, presentando discreta tos irritativa sin relación con derrame pleural ni neumonía. Los controles radiológicos y analíticos estuvieron dentro de la normalidad, siendo dado de alta al octavo día. La anatomía patológica reveló un adenocarcinoma mucinoso de la unión gastroesofágica que infiltraba hasta adventicia esofágica y subserosa gástrica, con bordes de resección libres, y metástasis en cuatro de los ganglios extirpados: ypT3 ypN2.

Discusión: El abordaje robótico para la esofaguectomía constituye una técnica segura y adecuada. Los resultados observamos hasta el momento son satisfactorios, presentando como principales ventajas un menor número de complicaciones quirúrgicas, menor sangrado intraoperatorio, mayor capacidad de resección linfática, además de superar las dificultades técnicas que presenta la técnica laparoscópica, especialmente en cuanto a las técnicas de sutura.

0009-739X © 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados