



V-162 - EXÉRESIS ROBÓTICA DE QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFÁGICO

García Rodríguez-Maimón, Claudia; Fernández Díaz, María José; Gil Manrique, Carolina; Bercebal Vega, Carlos Manuel; del Carmen Martínez, Sofía; Bistué Alzola, Guillermo; Benic Yoris, Yadranska Tibisay; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: Los quistes de duplicación esofágicos son anomalías congénitas raras que surgen durante el desarrollo embrionario, y tienen una incidencia de 1/8.200 nacimientos. Hasta un 37% son hallazgos casuales asintomáticos, pero su exéresis está indicada por sus posibles complicaciones y riesgo de malignización, siendo su diagnóstico definitivo histológico. Describimos la técnica y los gestos más importantes de la exéresis toracoscópica robótica de un quiste de duplicación esofágico por medio de un vídeo de un caso real, junto con el diagnóstico, análisis anatomopatológico y revisión bibliográfica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 23 años remitida tras hallazgo casual en TAC toracoabdominal de una masa mediastínica en cara anterior de esófago, a raíz del cual se solicitan endoscopia/ecoendoscopia digestiva alta y tránsito esofágico confirmándose la sospecha de quiste de duplicación esofágico, por lo que se indica su exéresis, con abordaje toracoscópico robótico. Los quistes de duplicación esofágicos se producen por recanalización anómala del esófago entre las semanas 4 y 8 del desarrollo embrionario. Son más comunes en varones y localizados en tercio inferior. Los síntomas se presentan normalmente antes de los 2 años de edad, siendo con frecuencia aquellos diagnosticados en la edad adulta un hallazgo casual en pruebas de imagen. La presentación más frecuente es la disfagia (70%), dolor epigástrico (20%) y síntomas respiratorios como tos, estridor y sibilancias. El diagnóstico de sospecha se establece mediante TAC, tránsito esofagoduodenal y ecografía transesofágica. Se ha descrito asimismo la biopsia o punción-aspiración endoscópica como método diagnóstico y terapéutico, pero su uso es controvertido por las posibles complicaciones (infección, sangrado...) y no aportar información adicional al diagnóstico definitivo, que es histológico. Para este son precisos 3 criterios: adhesión a la pared esofágica, presencia de epitelio gastrointestinal (hasta un tercio pueden presentar mucosa gástrica heterotópica u otros tipos), y presencia de dos capas musculares. El tratamiento es la exéresis quirúrgica sean o no sintomáticos, ya que pueden presentar complicaciones como rotura, hemorragia o fistulización. Su malignización es rara, pero está descrita (en forma de metaplasia escamosa). Deben ser resecaos cuidadosamente preservando la capa muscular esofágica, comprobando la integridad de la mucosa. Históricamente el abordaje era la toracotomía posterolateral abierta, aunque hoy es preferida la exéresis toracoscópica, aportando todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva (menor dolor posoperatorio, estancia hospitalaria) habiendo demostrado ser igualmente segura y exitosa. En el caso que presentamos se escogió el abordaje robótico, que a las ventajas de la toracoscopia añade visión tridimensional y mayor comodidad en las maniobras quirúrgicas en el espacio torácico. En nuestro caso la paciente presentó buena evolución posoperatoria siendo dada de alta el tercer día.

Discusión: El quiste de duplicación esofágico en el adulto es una entidad rara y aunque su presentación sea asintomática, está indicada su exéresis por sus complicaciones, malignización y para diagnóstico definitivo. Hoy en día los abordajes mínimamente invasivos se muestran superiores en recuperación y estancia hospitalaria, ofreciendo una resección segura de la lesión respetando la integridad esofágica, por lo que son más recomendables.