



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-159 - ESOFAGUECTOMÍA ROBÓTICA EN PRONO EN CÁNCER EPIDERMÓIDE DE TERCIO MEDIO CON FÍSTULA MEDIASTÍNICA, APERTURA TRAQUEAL Y ANASTOMOSIS INTRATORÁCICA

Toledano Trincado, Miguel; García Abril, José María; Martín Esteban, María Luz; Tinoco Carrasco, Claudia; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Maestro de Castro, José Luis; López Herreros, Javier; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La valoración interdisciplinar en comités de las indicaciones quirúrgicas en la esofaguectomía es de vital importancia para intentar evitar el daño irreversible en pacientes muy desnutridos por su enfermedad. En ocasiones los métodos radiológicos y endoscópicos que disponemos no son suficientes para identificar la gravedad y la cirugía se convierte en un reto para el cirujano. La cirugía robótica aporta beneficios para poder resolver estos inconvenientes.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años de edad, exfumador y exbebedor, con el diagnóstico de carcinoma epidermoide de tercio medio a 20 cm de arcada dentaria, de 10 cm de longitud, estenosante y con imágenes preoperatorias en el TAC de posible fístula mediastínica con sospecha de fístula esofagotraqueal. La ecoendoscopia no pudo completarse por imposibilidad de paso de gastroscopio y la broncoscopia realizada en dos ocasiones descartó la fístula esofagotraqueal. Tras colocación de prótesis esofágica se administra neoadyuvancia con buena respuesta, confirmada en el PET, por lo que con el estadiaje T3N0 se decide en comité la esofaguectomía. Técnica quirúrgica: se decide abordaje en prono robótico para valoración de resecabilidad. Se realiza liberación tercio inferior esofágico, con exéresis de conducto torácico y linfadenectomía paratraqueal e infracarinal. Se procede a la liberación del bronquio principal izquierdo y se identifica intensa fibrosis periesofágica con retracción esofágica. Tras la identificación del tumor con ICG y liberación del tercio superior sano, se decide seguir con la disección por dislaceración esofágica. Se produce apertura incidental de la pars membranosa traqueal que se sutura con 3 puntos entrecortados. Se libera esófago superior hasta nivel cervical. En el tiempo abdominal tras la linfadenectomía y confección de la plastia se comprueba con ICG vascular la hipovascularización del extremo distal de la plastia, por lo que se decide realizar nuevo abordaje en prono toracoscópico para confección de anastomosis ultraalta intratorácica mecánica con epiploplastia. Al 7.º día posoperatorio es diagnosticado de fístula anastomótica en cara posterior, que se trató con doble *pig tail* en un principio con drenaje torácico y prótesis de eso-SPONGE con 3 recambios. La estancia posoperatoria fue de 33 días y el resultado Anatomopatológico PT3PN0 con bordes libres (1,5 mc proximal), radial libre con intensa fibrosis y 21 ganglios resecados libres de metástasis.

Discusión: Los estudios preoperatorios utilizados en los comités interdisciplinarios pueden a veces infravalorar la verdadera extensión tumoral. Las plataformas robóticas pueden ayudar al cirujano en estos casos.