

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: [http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=260&Itemid=242](http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242)

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

## XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

RESULTADOS EN LA INTRODUCCION DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN  
CANCER DE ESOFAGO

Autores:

Autor presentador:

EMMY ARRUE DEL CID

Resto de autores:

ESTHER SANCHEZ LOPEZ, OSCAR CANO VALDERRAMA, MARTA FERNANDEZ-NESPRAL,  
ANGEL GORTAZAR, ANDRÉS SANCHEZ PERNAUTE, ANTONIO TORRES

Institución:

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Resumen de comunicación:

Introducción:

La cirugía mínimamente invasiva del cáncer de esófago parece haber conseguido mejorar el curso postoperatorio de los pacientes intervenidos, aunque aún no esté clara su eficiencia y efectividad real en comparación con la vía abierta.

Objetivo:

Presentamos la técnica quirúrgica y los primeros resultados obtenidos en nuestra unidad de cirugía esofagagástrica tras la introducción progresiva de técnicas mínimamente invasivas desde el año 2007.

Material y método:

Nuestra muestra se compone de un total de 20 pacientes, 18 hombres y 2 mujeres cuya edad media es de 68 años. A todos ellos se les ha realizado estudio preoperatorio según protocolo: analítica con marcadores, endoscopia, tránsito gastroduodenal y PET-TC. Cuatro pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante por presentar ganglios positivos (>n1) y tumor local extendido.

- Técnica Quirúrgica:

En aquellos pacientes con tumoración situada por debajo de la vena ázigos se realizó técnica de Ivor-Lewis, mientras que en los proximales se practicó esofagectomía en tres campos. Los pacientes mayores o con patología respiratoria fueron sometidos a esofagectomía transhiatal.

-Ivor-Lewis: Abordaje abdominal laparoscópico con cinco trócares, gastrolisis con sección de arteria gástrica izquierda. Linfadenectomía D2 y tubulización de curvatura mayor. En decúbito lateral izquierdo se realiza toracoscopia derecha con cuatro trócares o toracotomía, esofagectomía, linfadenectomía infracarinal y ascenso de plastia realizando anastomosis con endograpadora circular (Orvil).

# SECLA

## ENDOSURGERY

- Trashiatal: Se realiza laparoscopia con disección esofágica hasta venas pulmonares asistida mediante minilaparotomía para la disección superior.
- 3 campos: Se inicia en decúbito prono con toroscopia derecha disecando esófago; posteriormente se coloca al paciente en decúbito supino realizando abordaje cervical y laparoscopia simultáneo.

### Resultados:

La técnica quirúrgica utilizada ha sido Ivor Lewis en 18 casos, trashiatal un caso y tres campos en un caso. De los 20 pacientes en los que el tiempo abdominal ha sido por vía laparoscópica se han reconvertido a vía abierta en dos. En seis casos se realizó toroscopia y en dos fue necesario reconvertir a toracotomía. Presentaron una mediana postoperatoria inmediata en UVI de 3,5 días y una estancia hospitalaria mediana de 15 días. Cinco pacientes presentaron insuficiencia respiratoria en el postoperatorio de los cuales tres presentaron fístula anastomótica, dos torácica y una cervical, cuatro infección respiratoria y dos pacientes fallecieron (10%).

### Conclusiones:

Con la cirugía mínimamente invasiva podemos ofrecer una técnica igual de segura que en cirugía abierta con aceptable morbilidad.