

REPORTE CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA:

Esofaguectomía Transhiatal Laparoscópica.



Drs. Félix Ortega, Carlos Altez*, Milton Tello*, Luis Granda*, J. Giron*.*

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente operado de esofaguectomía transhiatal por vía laparoscópica, quien era portador de carcinoma epidermoide localizado en tercio distal de esófago, cercano al cardias. El reemplazo del órgano extirpado se efectuó con estómago.

Palabras Claves: Esofaguectomía, cirugía laparoscópica

TRANSHIATAL OESOPHAGUECTOMY LAPAROSCOPIC

SUMMARY

A patient with transhiatal oesophaguetomy procedure is reported. He had an oesophageal epidermoid carcinoma localized in the distal oesophagus, near the cardias. The reconstruction of the organ was made with stomach.

Key Words: Oesophaguetomy, laparoscopy surgery.

(*) Médicos Asistentes del Departamento de Cirugía, Hospital Regional IPSS Huancayo
Profesores del Dpto. de Cirugía.
Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Centro del Perú.

TECNICA QUIRURGICA

Un paciente varón de 49 años se presenta con disfagia progresiva desde febrero 1994. Se asocian baja de peso y debilidad.

En Setiembre es referido a nuestro hospital, donde se le practica endoscopia digestiva alta y estudio radiológico contrastado de esófago, estómago y duodeno. La primera mostró estrechez de luz esofágica por una tumoración de aspecto mamelonado en los 4 últimos centímetros de cara posterior del órgano, antes de llegar a estómago, el cual era endoscópicamente normal. Las biopsias tomadas en el examen dieron como resultado carcinoma epidermoide medianamente diferenciado. La radiología confirmó la morfología tumoral (Fig.1). Antes de la intervención, al paciente se le practicó ecografía abdominal y toracoscopia izquierda para localizar posibles focos metastásicos, que fueron negativos.

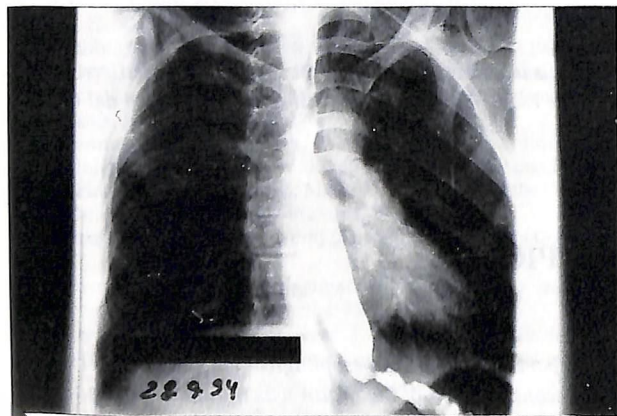


Fig 1.- Preoperatorio: lesión esofágica estenosante

Bajo anestesia general, vía central, línea arterial y tubo endotraqueal de doble lumen, el paciente fue colocado en posición decúbito dorsal y miembros inferiores en abducción.

Recibió profilaxis antibiótica pre e intraoperatoria con cefalotina y gentamicina a las dosis convencionales. Luego de insuflar el abdomen a través de la aguja de Verres a nivel del ombligo, se introdujo el primer trocar de 10 mm a una distancia de 5 cm por encima de éste. El segundo trocar (12 mm), se situó bajo visión directa en posición sub-xifoidea. El tercer y cuarto trocres (10 mm y 10 mm), ingresan a 2 cm. debajo de los rebordes costales derecho e izquierdo, equidistantes entre el primer y segundo trocar. Un quinto trocar (10 mm), ingresa a 2 cm. debajo del reborde costal izquierdo a la altura del primer trocar.

El cirujano principal se situó entre las piernas del paciente. El primer asistente está a la diestra del cirujano.

El segundo asistente y camarógrafo hacia el lado izquierdo. Un último cirujano de cabeza y cuello se encargará de disecar, en su oportunidad, el esófago cervical. La cirugía comienza con inspección del abdomen, principalmente la zona del hiato esofágico y omento menor. Se inicia liberación de curvatura mayor gástrica respetando su irrigación. Los vasos de calibre pequeño se cauterizan. Los mayores se cortan entre clips. Esta liberación va desde el píloro por la parte inferior hasta la sección de los vasos cortos en la parte del fundus gástrico. Como paso siguiente, abordamos el epiplón menor cercano al hiato, por la cara anterior del estómago. Avanzamos en cefálico, seccionando el ligamento freno esofágico. En este paso, el primer ayudante tracciona la unión gastroesofágica con un Endobabcock a través del trocar 5. El cirujano utiliza en todo el acto los trocres 3 y 4. Los trocres 1 y 2 se usan para el laparoscopio y separación hepática/diafragmática, respectivamente. Para seccionar la arteria y vena coronaria estomacal, se levantó el estómago, abordándoseles para la cara posterior. Luego culminamos la liberación caudal del omento menor hasta el píloro.

La disección transhiatal del esófago se efectuó por las caras anterior y posterior, en forma cortante y roma. Los ramos arteriales aortoesofágicos se ligaron mediante clips. Hubo perforación casual de ambas pleuras. Mediante cervicotomía izquierda se disecó en caudal el esófago. Para ello, se usó una torunda de 2 cm. montada en una pinza de pean. A medida del avance de la disección laparoscópica, fue posible observar la grasa cervical, lo cual finaliza esta parte de la cirugía. Para liberar con facilidad el fundus gástrico del diafragma, el esófago distal fue seccionado con sutura automática ENDO-GIA 30 (USSC). Mediante tracción suave, fue posible extraer el esófago a través de la cervicotomía. Se colocaron dos puntos tracción (seda 0) en el esófago remanente y estómago para ascenderlos a través del mediastino, no siendo posible por el tamaño del tumor. Se realizó minilaparotomía (5cm) sub-xifoidea, extirpándose esófago remanente y parte de curvatura menor gástrica con sutura automática GIA 80. Se completó ascenso gástrico transmediastinal hasta la altura del cuello. La anastomosis esofagogástrica se realizó manualmente, en dos planos, con sutura de poligliconato 3/0 (Maxon, Davis & Geck, USA). Se cerraron las incisiones de cuello y abdomen, y se colocaron drenes torácicos derecho e izquierdo. El acto quirúrgico duró 10 horas. La pérdida sanguínea fue de aproximadamente 300 cc.

En el post operatorio, el paciente recibió nutrición parenteral, plasma fresco, gentamicina y cefalotina. Se retiraron los drenajes torácicos el día 2. El día 4 el paciente desarrolló foco neumónico derecho que se complicó con derrame pleural, el cual fue drenado en dos oportunidades. Los cultivos mostraron pseudomona. Se le instauró antibióticos acorde con la sensibilidad, y esta remitió ha-

cia el día 20. Desde el día 11, y previo control radiológico (fig 2), se le inició dieta, la cual toleró. El paciente fue dado de alta el día 25 del post operatorio.

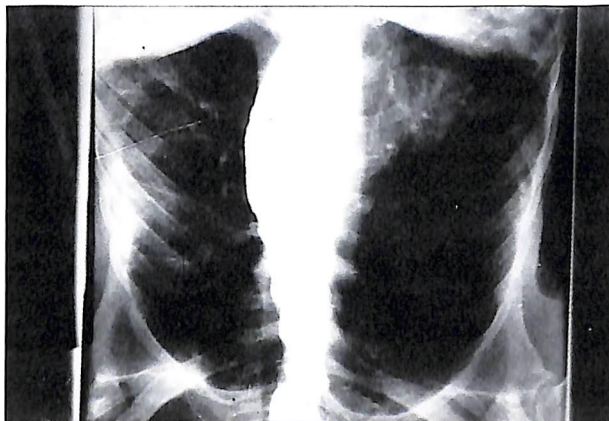


Fig 2.- Post operatorio: estómago ascendido al tórax.

DISCUSION

La cirugía endoscópica de esófago es reciente. Pellegrini (1), reportó en 1992 las primeras experiencias de esofagomiotomía toracoscópica para el tratamiento de la acalasia. Las primeras técnicas para la movilización del esófago torácico fueron descritas por Cuschieri et al (2), en 1992, vía toracoscopia derecha, que incluso permite una disección ganglionar formal del área; sin embargo, esta técnica no obvia la laparotomía que se requiere para reemplazar el esófago, sea con estómago o colon, otros autores (3), han descrito disecciones de esófago desde cervicotomía, mediante uso de endoscopios con canales de trabajo, sin embargo, tampoco se obvia la necesidad de laparotomía, y no es posible hacer linfadenectomías en mediastino.

De Paula, en 1993 (4), presentó 11 pacientes con diagnósticos diversos como megaesófago avanzado, cáncer de tercio inferior de esófago y esofagitis estenosante en quienes efectuó la operación mediante abordaje laparoscópico. Lo novedoso de esta técnica consiste en que el estómago se prepara para su ascenso transmediastinal en el abdomen; la disección del esófago se hace transhiatal laparoscópica y a través de cervicotomía izquierda para llegar al esófago mediastinal. Se evita así, toracotomía y laparotomía. Debido a la mínima invasión de esta técnica para el paciente, creemos que es el método de elección para el tratamiento de la acalasia y esofagitis estenosante. Sus beneficios en el tratamiento del cáncer esofágico son materia de discusión. El paciente que reportamos, no tenía compromiso tumoral de los bordes de sección, ni de los ganglios satélites a la neoplasia (histopatología y toracoscopia izquierda); sin embargo no hubo evidencia de no invasión de los ganglios mediastinales del lado derecho. En todo caso, de-

be reservarse para tumores pequeños, y estar acompañada de disección mediastinal y abdominal vía endoscópica. La complicación pulmonar de nuestro paciente fue adquirida posiblemente en la Unidad de Cuidados Intensivos, dando origen al postoperatorio prolongado.

Nuestro grupo efectuó, antes de ésta, operaciones como histerectomía, linfadenectomía pélvica, nefrectomía, etc; algunas como primeras cirugías en el país; por lo tanto, creemos que es necesaria adecuada experiencia previa laparoscópica para llevar a buen término una operación de esofaguectomía.

Correspondencia:

Dr. Félix Ortega
Av. Daniel A. Carrión 1124,
Huancayo - PERU.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Pellegrini CA, Wetter LA, Patti M, Leichter R, Mussan G, Mori T, Bernstein G, Way L. Thoracoscopic esophagomyotomy: Initial experience with a new approach for the treatment of achalasia. *Ann Surg* 216: 291 - 299, 1992.
- 2) Cuschieri A, Shimi S, Banting S. Endoscopic esophagectomy through a right thoracoscopic approach. *Jr Coll Surg Edinb* 37: 7 - 11, 1992.
- 3) Buess G, Becker HD. Minimally invasive surgery in tumors of the oesophagus. *Langenbecks Arch Suppl II Vern Dtsch Ges Forsch Chir* pp 1355 - 1360, 1990.
- 4) De Paula AL. XXXVII Congreso Anual Capítulo Chileno American College of Surgeons, Santiago, 1993.

este espacio

está reservado
para su
empresa

Publicidad
Red de Información Científica
Jr. Domingo Cueto 120 - Jesús María
Lima 11 - PERU
Telefax: 470 4670 Anexo 2846