



ESOFAGECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TRANSHIATAL EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO.

J. Martín Fernández

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital General Universitario de Ciudad Real.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago aún en centros especializados presenta alta tasa de complicaciones y mortalidad postoperatoria. La cirugía mínimamente invasiva ha sido propuesta para disminuir dicha morbimortalidad.

La esofagectomía transhiatal laparoscópica es una técnica todavía poco usada en nuestro medio, aunque las ventajas que se la presuponen sobre el acceso abierto tienen potencialmente importantes ventajas sobre la recuperación de los pacientes, y quizás menor morbilidad.

No obstante esta técnica es cirugía laparoscópica avanzada y requiere una experiencia previa importante tanto en cirugía abierta del esófago, como en técnicas laparoscópicas complejas.

Nuestra técnica es el acceso laparoscópico transhiatal del cáncer de tercio distal del esófago, con anastomosis cervical.

La movilización del estómago y la creación del tubo gástrico son los primeros pasos, en el orden de los gestos quirúrgicos, utilizando 5 trocares situados en una posición similar a la empleada para la cirugía de la obesidad. La piloroplastia se realiza en todos los casos. El esófago intramediastínico se aborda abriendo el hiato esofágico mediante sección completa de la membrana frenoesofágica efectuando una maniobra de Pinotti mínima. Traccionando el esófago se va disecando todo

el contorno esofágico incluyendo los ganglios periesofágicos, y coagulando todos los tractos vasculares inferiores. Se continua la disección hacia cefálico lo más alto posible con disección con LigaSure. El ascenso del tubo gástrico hasta el cuello se efectúa por la misma vía mediastínica. Todo el proceso se efectúa de forma intracorporea laparoscópica.

La extracción de la pieza la realizamos por vía cervical, la anastomosis esófago-gástrica cervical la realizamos termino-lateral con sutura a puntos sueltos. La selección de la vía (transhiatal frente a toracoscopia) la realizamos en función de la localización del tumor, reservando la transhiatal para casos seleccionados de adenocarcinomas y tumores de localización distal, confiando en la estadificación intraabdominal antes y después de la radio quimioterapia.

Desde el año 2005 hasta julio del 2011 hemos intervenido quirúrgicamente a 43 pacientes con cáncer de esófago. Nueve de ellos fueron intervenidos de manera convencional o por laparoscopia reconvertida y 34 de forma laparoscópica con acceso transhiatal. 30 pacientes fueron varones y 4 mujeres. Durante 2007 se intervinieron 7, en 2006 dos, en 2007 siete, en 2008 seis, 2009 tres, en 2010 once y en la primera mitad del 2011 siete.

Nuestros resultados iniciales confirman la factibilidad y seguridad del procedimiento como ha sido demostrado previamente.

En la literatura se ha descrito una tasa de complicaciones y una morbimortalidad menor a la cirugía abierta concluyendo que cirugía toracoscópica o laparoscópica pueden tener significativas ventajas sobre la cirugía abierta si las indicaciones quirúrgicas son adecuadas.

El objetivo debe ser ofrecer una técnica segura, con baja morbimortalidad, que disminuya el dolor, favorezca la rápida recuperación, y acorte la estancia en unidades de vigilancia intensiva y de hospitalización en planta.