

Video

MINIMALLY INVASIVE TOTAL ESOPHAGECTOMY IN ESOPHAGOGASTRIC JUNCTION ADENOCARCINOMA

ESOFAGUECTOMÍA TOTAL MÍNIMAMENTE INVASIVA POR ADENOCARCINOMA DE UNIÓN GASTROESOFÁGICA

Sebastián Jeri-McFarlane^{1*}, Alberto Pagan-Pomar¹, José Antonio Martínez-Córcoles¹, Alessandro Bianchi¹, Cristina Alvarez-Segurado¹, Natalia Pujol-Cano¹, Alejandro Gil-Catalán¹, Francesc Xavier González-Argente¹

¹ Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Spain

***Corresponding Author:**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases. Ctra. de Valldemossa 79, Illes Balears, Palma de Mallorca, Illes Balears, 07010 Spain.

Email: sebastian.jeri@ssib.es

Telephone: +34-871205000

Received: 24 November 2019, Approved: 06 April 2020, Published: June 2020



Abstract

The treatment of oesophageal cancer has undergone a change with the progress of minimally invasive surgery. The morbidity and mortality rates of patients who undergo minimally invasive esophagectomy are dropping. We present the case of a 60-year-old patient with distal oesophageal adenocarcinoma who underwent minimally invasive total esophagectomy.

Resumen

El tratamiento del cáncer de esófago ha experimentado un cambio con el avance de la cirugía mínimamente invasiva. Se reducen las tasas de morbi-mortalidad y complicaciones de los pacientes quienes son sometidos a esofagectomía mínimamente invasiva. Presentamos el caso de un paciente de 60 años con adenocarcinoma de esófago distal a quien se le realizó esofaguectomía total mínimamente invasiva.

Keywords

Esophageal Neoplasm; Minimally Invasive Esophagectomy; Thoracoscopy; Laparoscopy

Introducción

El tratamiento del cáncer de esófago ha evolucionado desde las dos últimas décadas en diferentes aspectos. La esofagectomía sigue siendo el tratamiento primario para el cáncer de esófago en etapa temprana y gracias a los avances tecnológicos experimentados en la última década, la esofagectomía mínimamente invasiva (MIE) u híbridas se ha convertido en una opción consistente, realizándose en hasta el 30% de los procedimientos a nivel internacional. Este abordaje permite reducir la incidencia de las complicaciones respiratorias y disminuir la duración de la estancia hospitalaria [1,2].

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 60 años, con único antecedente de hipertensión arterial, diagnosticado mediante gastroscopia de adenocarcinoma subcardial pobremente diferenciado con sobre-expresión HER2 Negativo. La tomografía computarizada (TC) de extensión objetivó componente adenopático de 16 mm en ligamento gastro-hepático, sin evidenciar enfermedad a distancia. Se procedió a tratamiento neoadyuvante según esquema FLOT, cuatro ciclos [3,4]. Tras comprobar mejoría radiológica, se indicó esofagectomía total mínimamente invasiva en tres tiempos.

La intervención empieza con el paciente en posición supina y piernas bajas para realizar abordaje abdominal por vía laparoscópica donde, tras comprobar ausencia de carcinomatosis peritoneal, se procede a gastrolisis de la curvatura mayor respetando la arcada gastro-epiploica derecha. Sucesivamente, se procede a cambio postural, colocando al paciente en posición prona para realizar el segundo tiempo quirúrgico mediante toracoscopia. Se procede a la liberación del ligamento triangular del pulmón derecho, exposición del pericardio y de ambas venas pulmonares y se realiza linfadenectomía

subcarinal. A continuación, se secciona la vena ácigos mediante sutura lineal mecánica y se continua con la disección del conducto torácico. Se termina la disección del esófago hasta obtener su completa liberación dando por concluido el tiempo torácico. Se coloca nuevamente el paciente en decúbito supino y para continuar con el tiempo abdomino-cervical. En región cervical izquierda se procede a la liberación del esófago cervical mientras que a nivel abdominal se confecciona la plastia gástrica y sin desconectar la pieza quirúrgica en zona cardial, se asciende por el mediastino posterior. Se completa la cirugía con anastomosis mecánica lineal con cierre del ojal anastomótico con sutura trenzada 2-0 y extracción de la pieza a nivel cervical izquierdo.

Durante el post-operatorio, se realiza TC de control con contraste oral sin observar fuga de contraste, motivo por el cual fue dado de alta con correcta tolerancia oral.

La anatomía patológica informó de adenocarcinoma de tipo intestinal pobremente diferenciado con invasión submucosa y márgenes libres, ypT1bN1 (2 ganglios con infiltración tumoral de 63).

Discusión

El tratamiento quirúrgico actual del cáncer de unión esófago-gástrica, en los países occidentales, se basa en la clasificación de Siewert. Aunque no está completamente establecido, la técnica recomendada para los tumores tipo III es la gastrectomía transhiatal extendida con resección esofágica distal y reconstrucción por esófago-yeyunostomía en Y de Roux [5]. Sin embargo, hay estudios que demuestran la afectación de los ganglios linfáticos cervicales de hasta un 12% de los casos que justifican la realización de una esofagectomía con disección de ganglios linfáticos de 3 campo [6]. Además, si se tiene en cuenta que la esofagectomía en dos tiempos implica una anastomosis intra-torácica y que, una

eventual dehiscencia anastomótica se asocia a peores complicaciones respiratorias con respecto a una dehiscencia a nivel cervical [5], la indicación de una esofagectomía en tres tiempo puede ser justificada, cuando realizada en pacientes seleccionados, como el caso presentado.

Conclusión

El cáncer de esófago es un desafío quirúrgico complicado que, gracias a la laparoscopia y al abordaje mínimamente invasivo, ha experimentado una disminución en la incidencia de las complicaciones respiratorias, menor pérdida sanguínea y reducción de la estancia hospitalaria [2,5]. A pesar de ello, este procedimiento no está exento de complicaciones, por lo que es recomendable que se realice en centros de gran volumen, donde existan los recursos necesarios para minimizar la morbi-mortalidad y mejorar la supervivencia y la calidad de vida [8].

Declaración de conflicto de interés

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses sobre este estudio. No se proporcionaron fondos para esta investigación.

Bibliografía

1. van der Sluis PC, Schizas D, Liakakos T, van Hillegersberg R. Minimally Invasive Esophagectomy. *Dig Surg*. 2019 May 16;1–8.
2. D'Journo XB, Thomas PA. Current management of esophageal cancer. *J Thorac Dis*. 2014 May ;6 Suppl 2(Suppl 2):S253-64.
3. Hoepfner J, Lordick F, Brunner T, Glatz T, Bronsert P, Röthling N, et al. ESOPEC: prospective randomized controlled multicenter phase III trial comparing perioperative chemotherapy (FLOT protocol) to neoadjuvant chemoradiation (CROSS protocol) in patients with adenocarcinoma of the esophagus (NCT02509286). *BMC Cancer*. 2016 Dec 19 ;16(1):503.
4. Wang K, Ren Y, Ma Z, Li F, Cheng X, Xiao J, et al. Docetaxel, oxaliplatin, leucovorin, and 5-fluorouracil (FLOT) as preoperative and postoperative chemotherapy compared with surgery followed by chemotherapy for patients with locally advanced gastric cancer: a

propensity score-based analysis. *Cancer Manag Res*. 2019;11:3009–20.

5. Berlth F, Hoelscher AH. History of esophagogastric junction cancer treatment and current surgical management in western countries. *J Gastric Cancer*. 2019;19(2):139–47.

6. Lerut T, Nafteux P, Moons J, Coosemans W, Decker G, De Leyn P, et al. Three-field lymphadenectomy for carcinoma of the esophagus and gastroesophageal junction in 174 R0 resections: Impact on staging, disease-free survival, and outcome: A plea for adaptation of TNM classification in upper-half esophageal carcinoma. *Ann Surg*. 2004;240(6):962–74.

7. Lv L, Hu W, Ren Y, Wei X. Minimally invasive esophagectomy versus open esophagectomy for esophageal cancer: a meta-analysis. *Onco Targets Ther*. 2016;9:6751–62.

8. Low DE. Evolution in Surgical Management of Esophageal Cancer. *Dig Dis*. 2013;31(1):21–9.