



www.elsevier.es/cirugia

O-277 - ABORDAJE ROBÓTICO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO DISTAL

L. Hierro-Olabarria Salgado, I. Díez del Val, C. Loureiro González, J. Barrenetxea Asua, P. Pérez de Villarreal Amilburu, J.E. Bilbao Axpe, J.J. Méndez Martín y Á. Gómez Palacios

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La cirugía robótica se ha venido utilizando para el tratamiento de diversas patologías esofágicas en los últimos años, con el fin de mejorar la disección y favorecer las anastomosis difíciles en campos profundos. El cáncer de esófago puede beneficiarse de este abordaje.

Métodos: Desde enero de 2010 a abril de 2014 se han realizado en nuestro hospital 50 esofagectomías, de las cuales 33 han sido asistidas por robot. Esto supone aproximadamente el 28% (33/117) del total de los procedimientos robóticos esófago-gástricos. Se trata de 4 (12%) mujeres y 29 (88%) hombres con una edad media de 58 años (rango: 35-78). La estirpe anatomo-patológica de las neoplasias de esófago fue: adenocarcinoma en 20 pacientes (60,6%), carcinoma escamoso en 12 (36,4%). Adicionalmente se intervino una estenosis de origen cáustico refractaria a dilataciones. En 24 pacientes (72,7%) se administró tratamiento neoadyuvante. Dos pacientes son rescates quirúrgicos tras RQT previa de intención radical. Siete pacientes (21%) no recibieron neoadyuvancia: 2 casos por diagnóstico preoperatorio de benignidad, 2 por lesión precoz y 3 por comorbilidad asociada. Se realizaron 19 esofagectomías Ivor-Lewis, 8 transhiatales y 4 tres campos. Dos pacientes fueron irresecables. En la esofagectomía Ivor-Lewis, mediante laparoscopia convencional se procede a verificar la resecabilidad del tumor, tubulización gástrica, linfadenectomía abdominal y piloroplastia. Tras apertura pleural derecha, se introducen pieza y plastia en el hemitórax derecho y se realiza el cierre hiatal sobre la plastia. Se coloca al paciente en decúbito prono y se procede a completar la esofagectomía, linfadenectomía y anastomosis manual con asistencia robótica.

Resultados: Hubo 3 conversiones, una a toracotomía y dos a laparotomía. Entre las complicaciones cabe destacar: 2 fistulas tipo II (cervical), 4 fistulas tipo III (intratorácicas), una dehiscencia de plastia gástrica, un quilotórax y una disquinesia ventricular transitoria. Tres pacientes precisaron reintervención: uno por herniación gástrica transhiatal, el citado paciente con dehiscencia en la plastia gástrica y una peritonitis biliar por colecistitis aguda gangrenosa perforada. No hubo mortalidad a 30 días. La estancia hospitalaria mediana fue de 13 días (Rango intercuartil: 11-19,5 días). La mediana de ganglios obtenidos es de 18 (RIQ: 12-30), aunque considerando exclusivamente los pacientes operados en 2013 y 2014 esta cifra asciende a 31 (RIQ: 26-38).

Conclusiones: La visión tridimensional, la estabilidad de la imagen y la longitud y versatilidad de los instrumentos robóticos permiten acceder a campos profundos, realizar disecciones finas y anastomosis mal orientadas. En nuestra experiencia, las indicaciones que más parecen beneficiarse de este abordaje son: la acalasia, la reintervención tras fracaso de cirugía anti-reflujo previa y las anastomosis intratorácicas. Aunque

la cirugía robótica permite la disección esofágica transhiatal con visión directa hasta superar el nivel de la carina, nos parece que la linfadenectomía es más adecuada por vía torácica. Consideramos que la anastomosis manual intratorácica en decúbito prono se ve muy facilitada por el robot. Siendo la manipulación visceral una de sus principales limitaciones, no aporta beneficios en la fase abdominal de la esofagectomía.