Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):526

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-153 - ESOFAGUECTOMÍA ROBÓTICA. PRIMEROS PASOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA NUEVA INDICACIÓN CON ESTA NUEVA TECNOLOGÍA

Y. Quijano, E. Vicente, G.J. Fernández, B. Ielpo, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra y C. Oliva

Hospital de Madrid Norte-Sanchinarro, Madrid.

Resumen

Introducción: La implantación de la esofaguectomía mínimamente invasiva ha ido incrementándose mundialmente desde su primera descripción hace 15 años. La cirugía esofágica asistida por robot supone una técnica alternativa a la cirugía abierta y laparoscópica. La escasa literatura existente aporta datos que sugieren, que el uso de la plataforma robótica es útil y segura para la preparación de la gastroplastia tubular, la movilización del esófago, así como para la realización de la anastomosis gastroesofágica vía torácica. El objetivo del actual trabajo es mostrar los resultados de los primeros pacientes intervenidos de neoplasia esofágica vía robótica en nuestro centro.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo de todos los pacientes con neoplasias esofágicas intervenidos mediante abordaje robótico en nuestro centro en el año 2014. Se recogieron las características demográficas de los pacientes, tipo de intervención, datos perioperatorios, evolución postoperatoria y seguimiento posterior.

Resultados: Se realizó una resección esofágica vía robótica en un total de 8 pacientes, 3 mujeres y 5 varones, con una edad media de 64 años. Según la clasificación anestésica, 1 paciente fue ASAI y los 7 restantes fueron ASAII 38 (87,5%). En el 100% de los pacientes la indicación quirúrgica se estableció por patología maligna o premaligna, 3 carcinomas epidermoides, 4 adenocarcinomas y una displasia de alto grado. El tamaño medio tumoral fue de 0,88 cm. Respecto al tipo de resección, se realizaron 4 (50%) esofaguectomía totales con abordaje transhiatal y anastomosis cervical y 4 (50%) esofaguectomías parciales según la técnica de Ivor Lewis, con abordaje transhiatal robótico y torácico. El tiempo medio quirúrgico fue 432 minutos. En 3 pacientes fue necesario realizar conversión a cirugía abierta para completar la cirugía, aunque hay que destacar que en estos paciente la tubulización de estómago y la disección de la mayor parte del esófago se realizó vía robótica. El rango de transfusiones intraoperatorias fue de 0-6 concentrados de hematíes y las transfusiones postoperatorias oscilaron entre 0-10. La media de días de ingreso en UCI fue de 5,8 días (1-22) y la media de días de ingreso hospitalario fue de 20,3 días (8-40). Respecto a la morbilidad postoperatoria según la clasificación de Clavien, hubo 3 complicaciones grado II, 2 grado III y una grado V. Ocurrió una muerte postoperatorias, los 7 pacientes restantes evolucionaron favorablemente.

Conclusiones: El abordaje robótico mínimamente invasivo de la neoplasia esofágica es factible y

segura. En nuestra experiencia creemos que estamos dando los primeros pasos en el establecimiento del abordaje robótico en la cirugía esofágica. Aunque es cierto que en nuestra serie el número de conversiones es relativamente alto, la mayor parte de la intervención, como la tubulización gástrica y la disección transhiatal del esófago fueron realizados con éxito antes de la conversión, disminuyendo significativamente las maniobras invasivas posteriores. La morbimortalidad fue comparable a la recogida en la literatura. Aún así pensamos es preciso realizar estudios prospectivos aleatorizados para establecer conclusiones más firmes, así como aumentar el tamaño muestral.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados