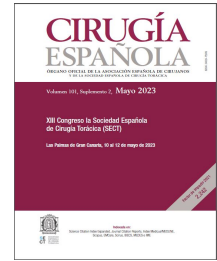




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-30 - RESECCIÓN ROBÓTICA DE LESIONES EN MEDIASTINO POSTERIOR E INFERIOR

Anna Muñoz, Anna Ureña, Carlos Déniz, Francisco Rivas, Iván Macia, Ricard Ramos, Camilo Moreno, Inés Serranos, Marta García e Ignacio Escobar

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: A pesar de que el uso la cirugía robótica se está volviendo cada vez más y más popular entre los cirujanos torácicos en todo el mundo, y que los beneficios de la resección robótica en lesiones de mediastino anterior han sido bien establecidos, sigue existiendo controversia en lo que respecta al abordaje robótico del mediastino posterior e inferior.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 45 años con hallazgo incidental de una lesión en mediastino posterior descubierta a raíz de la realización de un TC por un derrame pleural benigno. El TC evidenció la presencia de una lesión izquierda paraórtica, en mediastino posterior de 60 × 44 mm. Tras un año de seguimiento por imagen, y ante deseo de la paciente, se optó por resección quirúrgica con abordaje mínimamente invasivo mediante cirugía robótica. La paciente se colocó en decúbito lateral derecho. El robot fue conducido en paralelo a la paciente, desde sus pies, y hacia la espalda de la misma. Se realizaron 4 portales utilizando pues, los 4 brazos robóticos, de la siguiente manera: Trócar 4, en línea axilar anterior, en el 6º o 7º espacio intercostal; trócar 3, en la línea axilar posterior, en el mismo espacio intercostal; los dos últimos trócares se realizan posteriormente, dorsal a punta de escápula, en el 6º o 7º espacio intercostal. El fórceps-Cadiere se asignó en el brazo 1, la óptica en el 3, y el fórceps bipolar-fenestrado y el bipolar-Meryland® se asignaron indistintamente en el brazo 2 o 4 dependiendo de la necesidad de la intervención. Tras la adherenciólisis ocasionada por el derrame pleural previo, la disección de la lesión de las estructuras a las que estaba adherida (diafragma, aorta y pulmón) se consiguió la resección de la lesión de forma rápida y segura. La paciente fue dada de alta en el primer día posoperatorio sin complicaciones asociadas. El estudio histopatológico reveló una lesión quística compatible con un quiste broncogénico. Un año después de la cirugía, la paciente permanece asintomática y sin signos de recurrencia ni complicaciones asociadas.

Discusión: La cirugía robótica es un abordaje con menor morbilidad y menor estancia hospitalaria en comparación con la cirugía abierta, y similar a la cirugía videoasistida (VATS). Tanto la cirugía robótica, como la cirugía la cirugía videoasistida son indistintamente válidas para la resección de lesiones en mediastino posterior, sin embargo, creemos que la cirugía robótica puede llegar a ofrecer ciertas ventajas, como son: la óptima visión en espacios estrechos y confinados (como el mediastino posteroinferior), el uso de CO₂ que permite la fácil disección e identificación de estructuras, además del hecho de que la cirugía robótica proporciona una visualización

tridimensional en un campo quirúrgico ampliado y una mayor articulación de los instrumentos robóticos en comparación con la cirugía videoasistida. Recalcamos finalmente, que el posicionamiento del paciente, la ubicación óptima del robot en relación con el mismo, así como la realización adecuada de los puertos, son esenciales para llevar a cabo una cirugía fácil y reproducible.