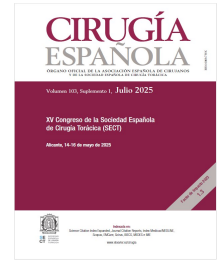




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-12 - BILOBECTOMÍA INFERIOR CON RECONSTRUCCIÓN BRONQUIAL ROBÓTICA

Mireia Rusca Giménez, Juan Gómez Tabales, Diego Fabián Tavera Arce, Cipriano López García, Alba Fernández González, Jennifer Illana Wolf, Francisco Javier Roca Fernández y Dionisio Espinosa Jiménez

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: La lobectomía con broncoplastia se considera el abordaje terapéutico de elección en pacientes con lesiones endobronquiales, ya que permite la preservación de la función pulmonar y evita resecciones más extensas. Sin embargo, la complejidad técnica asociada a la realización de la anastomosis bronquial ha limitado su implementación en procedimientos mínimamente invasivos. La cirugía robótica ha demostrado ventajas significativas en comparación con la videotoracoscopeia, tales como una mayor precisión quirúrgica, un control instrumental superior y una visualización 3D, características que pueden favorecer tanto la resección como la anastomosis bronquial en estos procedimientos.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 28 años que, a raíz de cuadros clínicos catarrales de repetición con neumonía en LID, fue diagnosticado de una lesión endobronquial derecha con origen en bronquio intermediario y con atelectasia completa secundaria del lóbulo medio e inferior derecho. La biopsia de la lesión por broncoscopia confirmó el diagnóstico de tumor carcinoide típico. Se planteó la realización de una bilobectomía inferior derecha en manguito con anastomosis entre bronquio superior derecho (BSD) y bronquio principal derecho (BPD). Con un abordaje robótico de 4 puertos, se realizó una bilobectomía inferior derecha reglada con broncotomía manual a nivel del BPD y del BSD. Una vez extraída la pieza, y tras la confirmación histopatológica de márgenes libres, se realizó la anastomosis termino-terminal del BPD con el BSD con puntos continuos de sutura barbada reabsorbible 4-0. Previo al cierre quirúrgico, se comprobó la estanqueidad de la anastomosis, sin evidencia de fuga aérea y con adecuada ventilación del LSD. La evolución posoperatoria fue favorable y el paciente fue dado de alta al 3.^{er} día con retirada del drenaje pleural a las 48 h de la cirugía, con adecuado control del dolor y radiografía posoperatoria normal. El estudio de anatomía patológica intra y posoperatoria mostró márgenes quirúrgicos libres de tumor, confirmando el diagnóstico de tumor carcinoide típico de 5 cm sin afectación ganglionar.

Discusión: Las resecciones y reconstrucciones robóticas constituyen un enfoque quirúrgico viable, seguro y eficaz, favoreciendo la cirugía mínimamente invasiva. La visualización tridimensional y la precisión de la instrumentación robótica optimizan la realización de la anastomosis bronquial, disminuyendo el tiempo de recuperación y las complicaciones posoperatorias.