



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-056 - GASTRECTOMÍA TOTAL: *TIPS & TRICKS*

Muriel Álvarez, Pablo; Escartín Arias, Alfredo; Salvador Rosés, Helena; Jara Quezada, Jimmy Harold; Vela Polanco, Fulthon Frank; López Soler, Guillermo; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

La gastrectomía total D2 es el tratamiento de elección para los tumores del tercio proximal del estómago y de la unión esofagogástrica Siewert III. La cirugía robótica ha permitido superar las limitaciones de la cirugía laparoscópica y proporcionar otras ventajas como el control del temblor fisiológico, una visión tridimensional magnificada, instrumental con siete grados de libertad de movimiento, curva de aprendizaje más corta y una manipulación fina. A pesar de ello la gastrectomía total sigue siendo un reto tanto en la disección como en la reconstrucción. Uno de los grandes hándicaps es la anastomosis esófago yeyunal, donde a lo largo de la historia se han planteado distintas anastomosis: circular transesofágica, laterolateral, manual... sin que ninguna haya logrado imponerse tanto por la dificultad como por los resultados similares en cuanto a complicaciones. Tras nuestra experiencia de más de 80 gastrectomías robóticas desde 2019 hemos visto que la estandarización ha sido clave para obtener nuestros resultados. Presentamos nuestros trucos y consejos en la gastrectomía robótica según nuestra estandarización. Colocación de trócares: el brazo número 2 se coloca 1-2 cm infraumbilical y a partir de ahí se disponen el resto separados unos 8 cm entre sí. Brazo 1 bipolar; brazo 3 energía (sinchroscop) brazo 4 tracción (*Tip up* o Cadier). Tiempo resectivo: 20^o Trendelenburg. Tracción del estómago en vertical con el brazo 4 para realizar apertura de transcavidad y ascender por curvatura mayor siguiendo la arteria gastroepiploica hasta el ángulo de His. Posteriormente se prolonga la apertura en dirección al antro pilórico. Tracción del antro mediante *Tip up*. Identificación y sección de arteria gastroepiploica derecha. Disección por el plano superior de arteria gastroduodenal hasta identificar arteria hepática y completar paso retrogástrico, en ese punto se secciona el duodeno con endograpadora desde trócar auxiliar de hipocondrio derecho. Tracción del estómago con *Tip up* hacia la izquierda del paciente para tensar la arteria pilórica. Manteniendo la tracción se continua la linfadenectomía de grupos 3-5-8-12 dirigiéndonos a la arteria gástrica izquierda para completar los grupos 7-11. Abordaje de hiato y esófago distal (grupo 1): tracción con el brazo 4 hacia caudal: disección y sección proximal desde trócar auxiliar. Embolsado de la pieza por trócar auxiliar suprapúbico y extracción a través de mini-Pfannenstiel, se coloca sistema Alexis con tapadera. Tiempo de reconstrucción: mesa a 0^o. Pie de asa: Sección de asa yeyunal: endograpadora desde trócar suprapúbico. Anastomosis L-L: verticalización de asas de intestino mediante brazo 4, colocación de endograpadora a través de trócar suprapúbico. Anastomosis esófago-yeyunal: ascenso de asa yeyunal transmesocólica, descenso de esófago mediante sonda 36 Fr. Puntos de fijación de ambos extremos del esófago a yeyuno. Sutura continua de cara posterior, barbada 3/0. Apertura de esófago y yeyuno. Sutura cara anterior, barbada 3/0 de izquierda del paciente a derecha, iniciando primeros puntos en cara posterior hasta sobrepasar la mitad de la cara anterior, se repite igual de derecha a izquierda para terminar la sutura a nivel central. Tras comprobar la estanqueidad se fija asa transmesocólica para evitar herniación es a través del orificio de mesocolon.