



## V-059 - GASTROPLASTIA DE COLLIS SERRADA PARA LA REPARACIÓN DE LA HERNIA PARAESOFÁGICA CON ESÓFAGO CORTO: ABORDAJE TOTALMENTE ROBÓTICO VS. LAPAROSCÓPICO

Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Roldán Ortiz, Ignacio; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Introducción:** El esófago corto (EC) es una entidad controvertida entre los cirujanos. Aunque se puede sospechar por el estudio preoperatorio, se trata de un diagnóstico intraoperatorio. El abordaje quirúrgico para su mediante la realización de una gastroplastia de Collis ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas, desde un abordaje abierto hasta la cirugía mínimamente invasiva; y desde una resección “en cuña”, hasta la actual gastroplastia “serrada”. En los últimos años han predominado las reparaciones laparoscópicas, aunque recientemente, se han adoptado abordajes asistidos por robot.

**Métodos:** Se revisa y narra la estrategia quirúrgica de un abordaje robótico (Da Vinci XI) y otro laparoscópico en dos pacientes con hernia paraesofágica y esófago corto, realizándose en ambos casos una gastroplastia de Collis serrada.

**Resultados:** Colocados en posición francesa y antitrendelburg, se inicia la intervención mediante la realización de neumoperitoneo con aguja de Veress. El primer paso es el abordaje del saco herniario en el pilar diafrágmatico derecho, para su posterior disección periesofágica completa y luxación completa a la cavidad abdominal. La disección del pilar izquierdo se facilita mediante la sección de los últimos vasos breves fúndicos. Se completa la liberación del contenido del saco herniario, facilitando la localización del esófago mediante su tutorización con una sonda de Foucher de 38 French y traccionando con un drenaje tipo Penrose. En estos puntos de la intervención, una de las ventajas que nos ofrece el abordaje robótico es la autonomía y el rendimiento de los movimientos que presenta el cirujano, evitando tracciones y maniobras que añadirían riesgo de morbilidad a la intervención. Asimismo, una de las principales diferencias entre ambos abordajes es la disección mediastínica amplia que nos permite el abordaje robótico, además de mostrarse más segura por permitir una visualización de todas las estructuras de forma más precisa, evitando una manipulación innecesaria. A continuación, se realiza la hiatoestomía, diferenciando un cierre posterior continuo en el robot y un cierre mediante puntos simples en la laparoscopia. Una vez finalizado el cierre de pilares, se procede a una correcta valoración del EC mediante la medición de la porción intraabdominal del mismo. Se referencia el punto a nivel del fundus que será nuestro límite para la gastroplastia. Previo al primer disparo de la endograpadora para la transección del fundus, resulta fundamental una correcta colocación del estómago, siendo este otro de los momentos clave en los que el robot nos ofrece ventajas en relación a lo mencionado previamente. Una vez creado el neoesófago, procedemos a la realización de una funduplicatura de Nissen como técnica antirreflujo. La presentación finaliza con un vídeo de la evolución de la paciente intervenida con la plataforma robótica a las 16 horas de la cirugía.

**Conclusiones:** La gastroplastia de Collis cerrada es una estrategia quirúrgica segura en caso de hernias paraesofágicas con EC. La cirugía robótica facilita la disección mediastínica extensa, la transección fúndica y permite una técnica de sutura más precisa, con menor traumatismo por tracción de los tejidos.