



VC-037 - MIOTOMÍA DE HELLER Y FUNDUPLICATURA DE DOR ROBÓTICA: STEP BY STEP

Turrado-Rodríguez, Víctor; Morales Sevillano, Xavier; Farguell Piulachs, Jordi; Domínguez Garijo, Paula; Curell García, Anna; Momblán García, Dulce

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: La acalasia es un trastorno poco frecuente de la motilidad esofágica. Su síntoma principal es la disfagia y el tratamiento de elección es la miotomía de Heller asociada a funduplicatura parcial. Se han descrito recurrencias del 10% y perforaciones esofágicas hasta en el 15% de los pacientes. Algunos estudios sugieren que la mejora en la visualización y en la amplitud de movimientos que aporta el abordaje robótico podrían disminuir las complicaciones intraoperatorias y conseguir una miotomía más completa. Además, al tratarse de una técnica relativamente sencilla, podría ser la puerta de entrada para el entrenamiento en la cirugía robótica esofagogástrica. Este vídeo explica los pasos fundamentales de la miotomía robótica para el tratamiento de la acalasia, así como la colocación de trócares y material necesario para realizarla.

Caso clínico: Paciente en decúbito supino, con los brazos cerrados, en ligero anti-Trendelenburg. Se realiza pneumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo y se utilizan 4 trócares robóticos y uno para el asistente. Los trócares se introducen en línea horizontal: Supraumbilical 8 mm: óptica. Dos trócares de 8 mm para los brazos izquierdos. Trócar de 8 mm para el brazo derecho. Entre la óptica y el trócar derecho: trócar de 5 mm para el asistente. A nivel subxifoideo se coloca un separador de Nathanson. Se utiliza el siguiente material: Bisturí eléctrico: hook. Disector bipolar curvo. Pinza bipolar fenestrada. Pinza Prograsp. Portaagujas. SynchroSeal. Tras ello se acopla el robot y se fija la determinación de objetivo en el hiato esofágico. Se inicia la cirugía con la disección de la curvatura mayor y sección de los vasos cortos hasta alcanzar el pilar diafragmático izquierdo. Tras ello se disecan los pilares diafragmáticos y el esófago abdominal en su cara anterior y se realiza la disección del mediastino inferior. Tras ello se introduce una cinta marcada para calcular la longitud de la miotomía. Se colocó una sonda de Foucher con luz para tutorizar el esófago. Se realiza una miotomía longitudinal del esófago con una longitud de 5 cm en esófago y 2 cm en el estómago. Se realiza una funduplicatura parcial anterior tipo Dor, con puntos sueltos de Tycron 2/0, para mantener abierta la miotomía y proteger el defecto en el caso de que se hubiese producido una perforación accidental.

Discusión: El abordaje robótico de la miotomía de Heller con funduplicatura parcial, descrito en 2001, se considera una opción comparable al abordaje laparoscópico. Algunas series indican que el resultado clínico puede ser mejor, con menos recurrencias debido a una miotomía más larga y completa dada la mejor visualización y amplitud de movimientos del abordaje robótico. Incluso se ha descrito una disminución en el número de perforaciones iatrogénicas. Esta técnica podría ser de elección para la introducción a la cirugía esofagogástrica robótica, dada la facilidad para su estandarización, su seguridad y la relativa simplicidad de la técnica (comparada con la cirugía oncológica).