



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-125 - TIPS AND TRICKS: RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO ROBÓTICA

Sánchez Rodríguez, María; Jiménez Gómez, Luis Miguel; Tejedor, Patricia

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El uso del abordaje robótico en cirugía colorrectal ha experimentado un crecimiento exponencial. En cirugía de recto se muestra potencialmente útil en casos de lesiones bajas en pacientes con pelvis estrechas y en pacientes obesos. Por ello, se hace necesario establecer una serie de recomendaciones técnicas que faciliten el procedimiento en casos de alta complejidad.

Objetivos: Mostrar los pasos técnicos de la resección anterior de recto por abordaje robótico, con trucos que faciliten la reproducción de la técnica.

Métodos: Presentación en formato vídeo con diferentes casos de resección anterior de recto robótica, en el que se analizan los pasos técnicos esenciales del procedimiento y se muestran trucos que pueden aplicarse en cada uno de ellos. **Resultados:** Los pasos esenciales en la resección anterior de recto robótica con sus trucos son: (1) Posicionamiento del paciente, colocación de los trócares y exposición del campo quirúrgico: posición de Lloyd Davis modificada con 10° de Trendelenburg y 15° de inclinación a la derecha; que no debe modificarse tras la colocación de los trócares. Los trócares se colocarán en una línea recta 4 cm a la derecha de la línea que une los vasos femorales con la línea medio-clavicular; añadiendo el trocar del ayudante en el flanco derecho. La colocación de dos gasas frente a las asas de intestino delgado evita que caigan a la pelvis entorpeciendo la visión del cirujano. (2) Movilización del ángulo esplénico de medial a lateral: R2 y R3 se utilizan para elevar el mesocolon y es el ayudante quien proporciona contratracción sobre la fascia de Gerota. Una vez disecado el retroperitoneo, puede colocarse una gasa sobre el páncreas que sirva como referencia para facilitar la entrada a la transcavidad a través del omento mayor. (3) Disección del recto: el uso de una torunda para hacer presión sobre el mesorrecto y de una cinta de algodón para sacar el recto de la pelvis, proporciona una buena tracción evitando lesiones inadvertidas de la pieza. La disección pélvica de forma secuencial, dejando el lado izquierdo para el final, resulta más sencilla ya que evita la rotación del recto. Para la disección de la cara anterior se puede emplear una sutura transabdominal que eleve el útero en las mujeres, y la reflexión peritoneal en los hombres, permitiendo la liberación de uno de los brazos. (4) Transección rectal: la endograpadora robótica colocada sobre R3 mejora el ángulo de entrada de la misma en la pelvis, facilitando la sección. Durante este paso, la cámara se colocará en R2.

Conclusiones: la cirugía robótica representa el presente y futuro de la cirugía de recto, pero requiere de un entrenamiento específico. La estandarización de los pasos técnicos en cirugía de recto robótica puede ser de utilidad para reducir la curva de aprendizaje y facilitar procedimientos complejos.