



O-049 - ESOFAGUECTOMÍA ROBÓTICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO: ANÁLISIS DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Maestro de Castro, José Luis; Estébanez Peláez, Guillermo; Nieto Romero de Ávila, Gema María; Sánchez González, Javier; Marcos Santos, Pablo; Toledano Trincado, Miguel; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La cirugía robótica en el tratamiento del cáncer de esófago representa un avance técnico que mejora la precisión quirúrgica, la ergonomía y la calidad de la disección linfática. Este estudio analiza la implementación de un programa de esofaguestomía robótica, evaluando los resultados clínicos, quirúrgicos y oncológicos alcanzados.

Métodos: Se incluyeron 27 pacientes sometidos a esofaguestomía robótica entre marzo de 2022 y febrero de 2025, en un equipo con cuatro años de experiencia previa en esofaguestomía laparotoracoscópica. El abordaje fue abdominal y torácico robótico en todos los casos, con posición en prono (n = 16) o semiprono (n = 11). Se realizó linfadenectomía de dos campos, con una linfadenectomía torácica estándar (25,9%), extendida (18,5%) o total (55,6%).

Resultados: El 96,3% fueron varones, con edad media de 62 años e IMC promedio de 26,3. La mayoría eran ASA III (55,6%). El diagnóstico más frecuente fue adenocarcinoma (70,4%), seguido de carcinoma epidermoide (29,6%). Se realizó técnica Ivor Lewis en el 92,6% y McKewon en el 7,4%. La anastomosis fue mecánica en el 66,6% y manual en el 33,4%. El 85% recibió quimioterapia neoadyuvante y el 51,9% radioterapia. Se logró resección R0 en el 100%. El tiempo quirúrgico medio fue de 506 minutos, con una estancia media de 32 días y ayuno posoperatorio de 19,2 días. Se utilizó ICG para evaluación vascular en el 92,6% (con modificación del borde de sección en el 29,6%) y para mapeo ganglionar en el 74,1%. Se identificó el conducto torácico con ICG en el 7,4%. Se realizó yeyunostomía en el 55,5%. La tasa de complicaciones fue del 55,6%, siendo más frecuente la clasificación Clavien-Dindo IIIa (14,8%). La fuga anastomótica ocurrió en el 33,3% de los casos, todas tratadas endoscópicamente. Hubo dos reintervenciones (7,4%) y tres fallecimientos (11,1%). No se registraron lesiones recurrenciales definitivas. La media de ganglios obtenidos fue de 25,2, con aumento según la extensión de la linfadenectomía: estándar (24,4), extendida (32,3) y total (36,3). En posición semiprono se obtuvieron más ganglios que en prono (30 vs. 22; p = 0,07), siendo los grupos comparables en el tipo de linfadenectomía. En la linfadenectomía total, la media fue significativamente mayor en semiprono (35,5 vs. 21,86; p = 0,03). También se observó una menor tasa de fugas en la anastomosis manual (12,5%) frente a la mecánica (43,8%).

Conclusiones: La esofaguectomía robótica es una técnica segura y reproducible en equipos con experiencia en cirugía mínimamente invasiva, con buenos resultados oncológicos y linfáticos. La anastomosis manual mostró una menor tasa de fugas frente a la mecánica, lo que sugiere una mejora potencial en los resultados. El uso de ICG aportó valor en la evaluación vascular y el mapeo ganglionar. En nuestra serie, la posición semiprono se asoció a un mayor rendimiento ganglionar, especialmente en linfadenectomías más extensas, lo que podría tener implicaciones en la calidad del vaciamiento linfático.