



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-340 - ESPLENECTOMÍAS ROBÓTICAS: ¿EL NUEVO PATRÓN ORO?

Rubio García, Juan Jesús¹; Zarate, Alba²; Pascotto, Beniamino³; Sentí, Sara²; Ramia, José Manuel¹; Azagra, Juan Santiago³; Cugat, Esteban²; Alcázar, Cándido¹

¹Hospital General Universitario, Alicante; ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ³Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo.

Resumen

Introducción: El número de esplenectomías en los servicios de Cirugía ha disminuido considerablemente, principalmente por dos razones, el manejo conservador de los traumatismos abdominales cerrados con estabilidad hemodinámica, y un marcado descenso en las esplenectomías de causa hematológica. Actualmente, las esplenectomías se realizan por una miscelánea de enfermedades y habitualmente por abordaje laparoscópico. El abordaje robótico se ha incrementado exponencialmente en la cirugía general, pero el número de esplenectomías robóticas (ER) efectuadas es muy pequeño lo que dificulta la comparación con el abordaje laparoscópico considerado el patrón oro.

Objetivos: Presentar la experiencia tricéntrica en ER y analizar las indicaciones y resultados obtenidos.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes consecutivos intervenidos en tres centros. El periodo de estudio fue enero 2021-mayo 2024. Los criterios de inclusión fueron ER en pacientes > 18 años y cualquier ASA. La técnica de ER fue: 4 puertos robóticos colocados en línea de 2 × 8 mm y 2 × 12 mm, y un trocar auxiliar infraumbilical si es necesario. La posición de la mesa fue: 10° anti-Tredelenburg y 3-5° de decúbito lateral derecho. El robot se situó desde la izquierda del paciente. Determinamos variables preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias.

Resultados: Se realizaron 12 procedimientos robóticos. La mediana de edad fue 44,5 años (RIQ: 41-55,8). La distribución por género fue 7 mujeres y 5 hombres. Cinco pacientes presentaban lesiones quísticas sintomáticas con un tamaño medio de 16,8 cm (máx. 25 cm-mín. 10 cm), dos pacientes con aneurisma de arteria esplénica (AAE) no resueltos por radiología intervencionista, cuatro PTI refractarias al tratamiento médico y un paciente con la sospecha de linfoma. La mediana de tiempo de consola fue 102,5 min (RIQ: 74,8-187,5). Se realizaron 12 esplenectomías totales, en un paciente con AAE se asoció resección atípica gástrica y en otro de ellos fue necesario realizar una incisión auxiliar para extraer la pieza quirúrgica. El sangrado operatorio fue significativo en 3 casos con una media de 55 cc. En 7 (58,7%) casos se colocó un drenaje abdominal. No hubo complicaciones mayores Clavien-Dindo > grado II. Un paciente presentó fiebre posoperatoria y se pautaron antibióticos (Clavien-Dindo II). La mediana de la estancia hospitalaria fue 2,5 días (RIQ:1-4). Los pacientes permanecieron asintomáticos en los controles efectuados. El número de publicaciones sobre ER es muy escaso y solo incluyen 140 pacientes. La ER presenta menor número

de complicaciones posoperatorias, índice de conversión, estancia y pérdidas hemáticas que el abordaje laparoscópico. La ER parece especialmente recomendada en las esplenectomías más difíciles. Las críticas sobre que la ER no es coste-efectiva y que presenta un mayor tiempo operatorio, hemos obtenido los tiempos quirúrgicos son similares a los laparoscópicos.

Conclusiones: Presentamos una serie de 12 ER intervenidas en tres centros realizadas por diferentes patologías. Los resultados obtenidos son óptimos: tiempo quirúrgico reducido, mínimo sangrado operatorio, sin complicaciones mayores, una estancia corta y resolución clínica completa. En conclusión, creemos, pese a la limitación de presentar una pequeña serie de casos, que la ER es una técnica segura y fiable, que probablemente sustituya al abordaje laparoscópico en los futuros años por los beneficios técnicos que aporta.