



V-129 - SUPERANDO RETOS EN LA CIRUGÍA DE RECTO ROBÓTICA: TRES ABORDAJES PARA LA MOVILIZACIÓN ROBÓTICA DEL ÁNGULO ESPLÉNICO MEDIANTE UN SOLO DOCKING

Sánchez Rodríguez; María¹; Koo; Chee Hoe²; Assenat; Vincent³; François; Marco-Olivier³; Tejedor; Patricia¹; Denost; Quentin³

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ²Singapore General Hospital, Singapur; ³Bordeaux Colorectal Institute, Clinique Tivoli, Bordeaux.

Resumen

Introducción: La movilización del ángulo esplénico puede ser técnicamente muy exigente en la cirugía de resección de recto, utilizando un solo *docking*, debido a la limitada amplitud de movimiento de los brazos robóticos. Con el fin de mostrar su viabilidad, Bordeaux Colorectal Institute y el Hospital Gregorio Marañón han desarrollado un vídeo en el que se muestran tres abordajes robóticos, utilizando un *docking* y dos sistemas robóticos diferentes para movilizar el ángulo esplénico durante la cirugía de resección de recto, y destacando las ventajas y desventajas de cada abordaje en función de la anatomía del paciente.

Métodos: Para todos los abordajes, el paciente se coloca en posición de Lloyd Davies y la mesa quirúrgica en 26° de Trendelenburg y 20° de inclinación a la derecha. La colocación de los puertos es la misma en ambos sistemas quirúrgicos e incluye cuatro puertos de 8 mm, que se colocan en una línea oblicua situada 4 cm a la derecha del ombligo, y un puerto auxiliar de 12 mm y otro de 5 mm en el flanco derecho. El objetivo se fija en la fosa ilíaca izquierda.

Resultados: Para el abordaje de medial a lateral, el mesocolon se levanta y se separa del retroperitoneo comenzando a nivel de la vena mesentérica inferior (VMI) y continuando la disección por encima del páncreas y la fascia de Gerota hasta entrar en la transcavidad cerca de la cola del páncreas; este abordaje es especialmente difícil en pacientes obesos con mesos pesados. Para el abordaje de lateral a medial se moviliza el colon izquierdo desde el parietocólico a lo largo de la fascia de Gerota, entrando en la transcavidad lateralmente; al contrario que el primero, es especialmente útil en pacientes obesos. Para el combinado, la disección se inicia como abordaje de medial a lateral, pero luego se finaliza como lateral a medial, siendo útil ángulos esplénicos altos y cuando hay problemas para exponer el origen de la VMI.

Conclusiones: La movilización robótica del ángulo esplénico es técnicamente factible, utilizando un *docking*, durante la cirugía de recto robótica, y también se puede realizar de diferentes formas permitiendo a los cirujanos adaptar el abordaje basado en las consideraciones anatómicas del paciente.