



V-073 - ANASTOMOSIS INTRATORÁCICA ROBÓTICA POSESOFAGUECTOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Caiña Ruiz, Rubén; Joseph Anderson, Edward; Lagunas Caballero, Esther; Trugeda Carrera, M^a Soledad; Valbuena Jabares, Víctor; Alonso Aguiloco, Andrea; Castanedo Bezanilla, Sonia; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso de anastomosis intratorácica robótica tras esofaguestomía tipo Ivor-Lewis.

Caso clínico: Varón de 64 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de tercio distal esofágico T4aN2M0 en septiembre de 2020. Tras tratamiento neoadyuvante con quimioterapia (carboplatino y paclitaxel) y radioterapia, se practicó esofaguestomía de Ivor Lewis asistida por robot, con un abordaje en dos campos: abdominal y torácico. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, con alta al octavo día posoperatorio. Durante el tiempo abdominal, con el paciente en decúbito supino, se realiza la disección del hiato y el mediastino inferior para garantizar la resecabilidad de la lesión. Posteriormente, se lleva a cabo la gastrolisis, se elabora la tubulización gástrica y se progresó en la disección del esófago distal hasta superar el margen proximal del tumor. En un segundo tiempo, torácico, con el paciente en decúbito prono, se completa la disección del esófago y se practica la sección mecánica del esófago proximal. Posteriormente, se asciende la plastia gástrica elaborada durante el tiempo abdominal y se practica la anastomosis termino-terminal manual. El procedimiento finaliza con la extracción de la pieza a través de una minitoracotomía. La esofaguestomía es un procedimiento complejo asociado a elevadas tasas de mortalidad y morbilidad. Por esto, el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas con las que disminuir el riesgo quirúrgico y mejorar la calidad de vida de los pacientes es un objetivo permanente. Durante años, sin embargo, la práctica de la esofaguestomía mínimamente invasiva no ha encontrado un número importante de adeptos, fundamentalmente debido a las dificultades técnicas asociadas a la elaboración de la anastomosis esofágica intratorácica. Las técnicas híbridas o la elaboración de la anastomosis a nivel cervical contaban con mayor popularidad. La anastomosis intratorácica permite reducir la tensión a la que está sometida la misma, con el consecuente menor riesgo de fuga o estenosis. Además, posibilita mejores márgenes gástricos en el caso de los tumores que afectan a la unión gastroesofágica y los tumores del cardias. El riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente parece ser también menor, así como las complicaciones respiratorias y la estancia hospitalaria. En la actualidad, el uso del robot ha permitido que la técnica abierta gane un alto nivel de reproducibilidad por vía mínimamente invasiva, permitiendo aprovechar las ventajas asociadas a la anastomosis intratorácica. Además, estudios comparativos han demostrado una disminución del tiempo medio de cirugía, la pérdida de sangre y la estancia en unidades de cuidados intensivos con el uso de técnicas mínimamente invasivas en comparación con la esofaguestomía abierta. En el caso de tumores que afectan a la unión esofagogastrica, la cirugía robótica aporta ventajas en la realización de una linfadenectomía adecuada, y facilita la elaboración de la sutura manual de la anastomosis.

Discusión: El abordaje robótico ha permitido aplicar la versatilidad del instrumental y la elevada calidad de visión en la realización de la esofagectomía, permitiendo aprovechar las ventajas que aporta el abordaje mínimamente invasivo, junto con las asociadas a la elaboración de la anastomosis intratorácica.