



www.elsevier.es/cirugia

V-075 - TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO DE LA ESOFAGUECTOMÍA IVOR-LEWIS TOTALMENTE ROBÓTICA

Acosta Mérida, M^a Asunción; Suárez Cabrera, Aurora; Jiménez Díaz, Laura; Ortiz López, David; Callejón Cara, M^a del Mar; Fernández Quesada, Carlos; Casimiro Pérez, José Antonio; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica paso a paso de la esofaguestomía totalmente robótica tipo Ivor-Lewis en el cáncer de esófago distal, utilizando la plataforma Da Vinci Xi.

Caso clínico: Exponemos uno de nuestros casos de adenocarcinoma de esófago distal, para mostrar nuestra técnica de esofaguestomía con doble acceso total robótico, abdominal y torácico, tipo Ivor-Lewis. Iniciamos el procedimiento abdominal en decúbito supino, piernas en abducción y diecisiete grados de anti-Trendelenburg, utilizando cuatro trócares robóticos de 8 mm, uno de 12 mm de asistencia y un separador hepático de Nathanson, con entrada a nivel subxifoideo. Para el segundo tiempo, sin desconectar el Da Vinci Xi, retiramos los brazos, colocamos al paciente en decúbito prono ligeramente lateralizado y accedemos al tórax derecho mediante tres trócares robóticos de 8 mm. Realizamos anastomosis esofagogástrica intratorácica, totalmente manual, mediante porta robótico, sutura barbada 2/0 y epiplastia. La extracción del espécimen quirúrgico se realiza a través del orificio de uno de los trócares ligeramente ampliado. No realizamos yeyunostomía de rutina. En el vídeo mostramos la cirugía paso a paso. Tras la intervención quirúrgica el paciente permanece en la Unidad de Reanimación posquirúrgica 48 horas, donde se inicia movilización y fisioterapia respiratoria. El 3^{er} día posoperatorio (DPO) se realiza tránsito esofagogastroduodenal donde se comprueba la integridad de la anastomosis, se inicia tolerancia oral y se pinza tubo de drenaje pleural previo a su retirada. Si el paciente evoluciona de forma favorable y no surgen complicaciones médicas o quirúrgicas, es dado de alta entre el 7^o y 8^o DPO.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva permite el tratamiento de los tumores esofágicos y de la unión esofagogástrica en condiciones seguras, reduciendo sobre todo las complicaciones respiratorias y de pared, frente a la técnica abierta por laparotomía y toracotomía, con mejora de la recuperación y manteniendo los principios oncológicos. Además de las evidentes mejoras de visión y ergonomía que proporciona la tecnología robótica en la cirugía del cáncer de esófago, es posiblemente la amplitud de grados de movimiento durante la anastomosis esofagogástrica intratorácica la que constituye una de las principales y más valiosas ventajas respecto a la esofaguestomía mínimamente invasiva mediante videotoracoscopia convencional. A pesar del incremento del coste actual y del tiempo quirúrgico, de la mano principalmente de la fase de acoplamiento, la optimización del resto de parámetros técnicos, podrían compensar los actuales inconvenientes, manteniendo las garantías de seguridad clínica y oncológica. La consecución de la técnica quirúrgica completa mediante el Da Vinci, tanto en el campo torácico como abdominal, no parece aumentar significativamente ni el tiempo quirúrgico ni el gasto, una vez iniciado el procedimiento robótico, aportando, sin embargo, las ventajas propias de esta innovación tecnológica, frente a la laparoscopia.