



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-214 - ESOFAGUECTOMÍA TOTAL ROBÓTICA CON ANASTOMOSIS MECÁNICA CIRCULAR INTRATORÁCICA

*Butori, Eugenia; Momblan, Dulce; González-Abós, Carolina; Domínguez-Garijo, Paula; Curell, Anna; Pena, Romina; Lacy, Antonio M*

*Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** La cirugía es la piedra angular en el tratamiento multimodal del cáncer de esófago. Sin embargo, la esofagectomía es un procedimiento de alta complejidad, asociado a una importante morbilidad. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser superior al abordaje abierto en términos de complicaciones perioperatorias y mortalidad hospitalaria, presentando la cirugía robótica la ventaja de facilitar la disección precisa y la manipulación fina, incluso en campos reducidos, en comparación con la laparoscopia. En la mayoría de las esofagectomías asistidas por robot se realizan anastomosis lineales mecánicas o manuales. Presentamos el caso de una anastomosis esofagogástrica mecánica circular intratorácica alta.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años con un carcinoma de células escamosas del tercio distal esofágico T3N2M0, que recibió quimiorradioterapia neoadyuvante realizándose posteriormente una esofagectomía total mínimamente invasiva. El procedimiento se realizó por laparoscopia y toracoscopia asistida por robot. La fase abdominal comienza liberando la curvatura gástrica mayor, con preservación de la vascularización gastroepiploica derecha. A continuación, se secciona la arteria gástrica izquierda y se inyecta toxina botulínica en el píloro. Finalmente, se realiza una gastroplastia vertical con una endograpadora. Para la fase torácica, el paciente se coloca en posición semiprono lateral izquierda y se acopla el robot Da Vinci Xi. Se realiza disección craneocaudal del esófago para obtener una resección en bloque con el tejido linfograso asociado. A continuación se secciona la vena ácigos usando una endograpadora. Se secciona el esófago proximal con una endograpadora y se realiza una anastomosis mecánica circular. Se introduce el yunque en el muñón esofágico a través de la boca unido a una sonda orogástrica y se coloca la grapadora circular en la plastia gástrica a través del ensanchamiento del puerto auxiliar. Finalmente, se realiza la anastomosis esofagogástrica termino-lateral mecánica intratorácica. El cierre de la gastrotomía se realiza mediante endograpadora lineal, reforzada con puntos de PDS y un parche epiploico. El posoperatorio no presentó complicaciones y el paciente fue dado de alta al 6º día posoperatorio.

**Discusión:** El abordaje robótico proporciona una mayor maniobrabilidad y facilita la cirugía en campos quirúrgicos reducidos, como en este caso, aportando valor en patologías en las que las complicaciones posoperatorias implican una importante morbilidad e influyen en la supervivencia a largo plazo.