



V-072 - ESOFAGUECTOMÍA ROBÓTICA IVOR-LEWIS: PASO A PASO

Álvarez García, Anabel; Acosta Mérida, María Asunción; Fernández Quesada, Carlos; Piñero González, Luis; Pla Sánchez, Pau; Casimiro Pérez, José Antonio; Marchena Gómez, Joaquín

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

Resumen

Introducción: El cáncer de esófago representa la novena neoplasia más frecuente y la octava causa de muerte en el mundo. Mientras que la incidencia del carcinoma epidermoide está en descenso, la del adenocarcinoma de la unión gastroesofágica (UEG) se encuentra en franco avance en los países occidentales. La resección quirúrgica, en un contexto multimodal, constituye el pilar del tratamiento con intención curativa. Sin embargo, a pesar de la tendencia a la especialización de las unidades de cirugía esofagogástrica y la optimización preoperatoria, se trata de una intervención con alto riesgo de complicaciones que continúa siendo un reto para los cirujanos. Actualmente, persisten las controversias sobre el mejor manejo del cáncer de la UEG, que implican la propia técnica quirúrgica, abordaje, extensión de la resección, tipo de linfadenectomía o tipo de anastomosis. Presentamos el vídeo a propósito del caso de un paciente con adenocarcinoma de esófago distal-UEG, en el que mostramos la técnica de esofaguestomía tipo Ivor-Lewis robótica paso a paso, utilizando la plataforma Da Vinci Xi.

Caso clínico: Varón de 64 años, sin antecedentes de interés, con diagnóstico de adenocarcinoma de esófago Siewert I, localmente avanzado, que había recibido quimio-radioterapia neoadyuvante. Con respuesta parcial, se programa para cirugía con intención curativa. Se comienza por el tiempo abdominal, con el paciente en decúbito supino y piernas en abducción, realizando el acoplamiento del robot desde el lateral derecho del paciente. Se realiza la disección y liberación del esófago abdominal, linfadenectomía por niveles, sección de la arteria gástrica izquierda y confección de la plastia gástrica a expensas de la curvatura mayor del estómago, ascendiéndola al tórax a través del hiato esofágico. Se continua con el tiempo torácico en decúbito prono, ligeramente lateralizado hacia la izquierda. Se accede por toracoscopia derecha y se completa la disección esofágica. Seccionada la vena ácigos y el conducto torácico, realiza la linfadenectomía paraesofágica y movilizado el esófago hasta el nivel seleccionado para la sección, se procede a realizar la anastomosis esofagogástrica, completamente manual, latero-lateral, comprobando la vascularización de la plastia y de la anastomosis con verde de Indocianina. Se extrae la pieza quirúrgica a través del orificio de uno de los trócares ligeramente ampliado y protegido mediante dispositivo Alexis® y se deja drenaje de tórax conectado a sello de agua.

Discusión: Una de las ventajas más claras de la aplicación del robot quirúrgico en la cirugía esofágica está en el acceso torácico, minimizando las limitaciones de la caja torácica. Se mejora la visión, disección y ergonomía en las maniobras quirúrgicas de gran complejidad como la anastomosis intratorácica, donde constituye una aportación indiscutible. La técnica según Ivor-Lewis nos permite llevar a cabo una esofaguestomía limitada al tórax, sin cervicotomía, en comparación con la técnica McKeown, minimizando la lesión recurrential y el riesgo de isquemia de la plastia por dificultad de acceso al cuello. El desarrollo de

técnicas mínimamente invasivas y la ergonomía conferida por la asistencia robótica, la convierten en una opción atractiva para el adenocarcinoma de esófago distal.