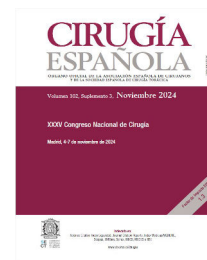




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-044 - CIRUGÍA TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVA (TAMIS) ROBÓTICO COMO TRATAMIENTO ANTE EL CÁNCER DE RECTO PRECOZ

Pérez Domene, María Teresa; Manso Abajo, Belén; Lévano Linares, Dennis César; Sánchez Infante Carriches, Silvia; Caraballo Angeli, Claudia Isabel; Torres Alemán, Ana; Laiz Diez, Beatriz; Durán Poveda, Manuel

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: Una opción de tratamiento, cada vez más extendida, de los pólipos rectales no resecables endoscópicamente y de los cánceres rectales precoces es la resección local mediante abordaje transanal. A su vez, la plataforma robótica aporta ventajas muy interesantes para la cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) tales como los instrumentos articulados, la visión tridimensional y la posibilidad de trabajar en toda la circunferencia rectal sin necesidad de cambiar la posición del paciente. Por ello, es importante conocer la técnica del TAMIS robótico, como tratamiento de lesiones endorrectales. El objetivo es presentar la técnica de TAMIS robótico como un abordaje para tumores rectales en estadios seleccionados.

Caso clínico: Presentamos el vídeo de un TAMIS robótico en una paciente de 60 años diagnosticada de un adenocarcinoma de recto medio T1-T2, N0M0 en situación anterior (mediante colonoscopia, tomografía computarizada y resonancia magnética pélvica). Se presenta el caso en el Comité de Tumores Digestivos en donde se decide junto con la paciente, la realización de una escisión local de la lesión con intención diagnóstica-terapéutica. Para la intervención se ha usado la plataforma robótica Da Vinci Xi, el dispositivo Gel Point® 4,5 cm, el Long Star® y el AirSeal®. La intervención precisa de una preparación colónica con profilaxis antibiótica según protocolo habitual. Es necesaria anestesia general y aconsejable la combinación con anestesia regional para aumentar la relajación rectal. Se decide colocación en decúbito prono en posición de navaja. Tras la colocación del separador Long Star® se introduce el dispositivo Gel point®. En la tapa del Gel Point® se introducen 4 trócares, 3 de 8 mm robóticos y uno de 12 mm para el AirSeal®. Además, también se acopla el saco de aire para amortiguar el neumoperitoneo que incluye el kit. Una vez colocada la tapa se inicia el neumorrecto y se realiza el *docking* anulando el brazo 4. El *targeting* se hace con el endoscopio en el brazo 2, apuntando al centro de la luz rectal sobrepasando la lesión. Posteriormente, se acoplan el resto de los brazos usando una tijera con energía monopolar en la mano derecha (brazo 3) y una pinza fenestrada bipolar en la mano izquierda (brazo 1). Primero se marca la lesión dejando un margen de mucosa libre de enfermedad y con la tijera se incide en la mucosa hasta llegar al plano de la grasa mesorrectal y conseguir una espécimen de espesor completa para poder hacer una estadificación completa. Al terminar la resección se comprueba hemostasia y no es necesario el cierre del defecto. La paciente tuvo un posoperatorio sin complicaciones y fue dada de alta al día siguiente.

Discusión: El TAMIS robótico se presenta como una técnica quirúrgica segura, cómoda y eficaz para el tratamiento de lesiones rectales diagnosticadas en un estadio precoz combinado o no con tratamiento neo o adyuvante. Esta aproximación ofrece precisión y facilita una recuperación más rápida para los pacientes con cáncer rectal en estadios seleccionados.