

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

Esofaguetomía de Ivor Lewis robótica por cáncer de esófago

Autores:

Autor presentador:

M^a Soledad Trugeda

Resto de autores:

M^a José Fernández, Jose Carlos Manuel Palazuelos, Carlos Escalante, Manuel G.Fleitas.

Institución:

S^o de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España

Resumen de comunicación:

Introducción:

Las características de la cirugía robótica permiten asociar a la cirugía mínimamente invasiva una visión tridimensional magnificada y una mayor posibilidad de movimientos gracias a las articulaciones del instrumental que favorece la manipulación y la disección precisa en espacios reducidos como la cavidad torácica con estructuras vitales periesofágicas. Por otro lado, la posición en decúbito prono facilita la visión de las estructuras y una disposición del pulmón adecuada sin necesidad de separador.

Objetivo:

Presentar el tiempo torácico robótico de una esofaguetomía de Ivor Lewis mínimamente invasiva en su totalidad. Tras la tubulización gástrica laparoscópica se realiza toracoscopia asistida por DaVinci, con disección, linfadenectomía mediastínica y anastomosis intratorácica manual en decúbito prono.

Material y método:

CASO CLÍNICO

.Varón, 54 años.

. Fumador. Disfagia progresiva de 3 meses de evolución

. Diagnosticado por TAC y ecoendoscopia de adenocarcinoma distal de esófago uT3uN1 (adenopatías loco-regionales).

. Recibe tratamiento neoadyuvante con quimio-radioterapia concomitante y cirugía 8 semanas después.

Resultados:

POSICIÓN DEL PACIENTE Y TRÓCARES: Paciente en decúbito prono. Trócar de 10mm

SECLA

ENDOSURGERY

convencional en sexto espacio intercostal a nivel subescapular para la óptica de 30 grados. Dos trócares de 8mm del robot, para trabajar, dos espacios por encima y por debajo del anterior y más posteriores. Por último un trocar de 10mm convencional como se ve en el video para el ayudante y la introducción de la endograpadora. se aproxima el robot por el lado izquierdo del paciente

DISECCIÓN DE ESÓFAGO Y TEJIDO LINFOGRASO AORTOESOFÁGICO: Se secciona la pleura parietal desde el hiato, en sentido ascendente, siguiendo la vena ácigos en el plano posterior y las estructuras mediastínicas en el plano anterior hasta llegar al cayado de la ácigos.

SECCIÓN DE VENA ÁCIGOS: Sección mecánica del cayado de la ácigos con endograpadora carga gris.

CONDUCTO TORÁCICO: Identificación del conducto torácico seccionado durante la disección y clipaje del mismo.

DISECCIÓN : Disección de cara anterior de esófago y tejido linfograso del espacio subcarinal y retrotraqueal identificando claramente la carina y cara posterior de los bronquios.

SECCIÓN DEL ESÓFAGO: Sección proximal del esófago con tijera a nivel del cayado de la ácigos y hemostasia.

ASCENSO PLATIA: A través del hiato se asciende la plastia gástrica y sección mecánica de la misma.

ANASTOMOSIS: Confección de la anastomosis manual. Se sutura la cara posterior en dos planos, el externo con puntos sueltos de fijación y tras la apertura de la pared de la plastia se completa la cara posterior con sutura continua. La cara anterior se sutura en un plano con puntos sueltos. Antes de finalizar la anastomosis se pasa distal a la misma una sonda nasogástrica

Conclusiones:

La cirugía robótica facilita el abordaje mínimamente invasivo en el tiempo torácico de la esofagectomía. La visión tridimensional magnificada y la mayor posibilidad de movimientos gracias a las articulaciones del instrumental favorece la manipulación y la disección precisa en espacios reducidos como la cavidad torácica, con estructuras vitales periesofágicas. Por otro lado, la posición en decúbito prono proporciona una visión óptima de las estructuras y una disposición muy cómoda del pulmón sin necesidad de separador.