

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:

Esofagectomía robótica en posición de decúbito prono: experiencia en 10 pacientes con cáncer de esófago

Autores:

Autor presentador:

M^a Soledad Trugeda

Resto de autores:

M^a José Fernández, Jose Carlos M. Palazuelos, Juan Carlos R. Sanjuán, 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:

Como en otras patologías, el principal objetivo de las técnicas mínimamente invasivas es reducir el trauma quirúrgico y la morbi-mortalidad asociada al mismo, especialmente importante en procedimientos como la esofagectomía con abordajes en dos o incluso tres campos diferentes. Sin embargo las limitaciones de los abordajes mínimamente invasivos como la visión en dos dimensiones, la dificultad de coordinar manos-ojos y la disminución de la libertad de movimientos pueden dificultar un procedimiento de entrada complejo y más si asocia una anastomosis intratorácica.

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:

Evaluar los potenciales beneficios de la cirugía robótica en el abordaje torácico del cáncer de esófago frente a la toracoscopia convencional

SEELA

ENDOSURGERY

Material y método:

Entre septiembre de 2011 y febrero de 2012, se realizaron 10 esofageotomías robóticas en pacientes con cáncer de esófago. El abordaje abdominal fue laparoscópico en todos los casos, salvo uno, por cirugía previa. El abordaje torácico fue por toracoscopia robótica en decúbito prono, en 6 casos con anastomosis intratorácica manual (Ivor Lewis) y en 3 con anastomosis cervical. En 1 paciente el abordaje fue transhiatal robótico. Se comparan los resultados con las 15 esofageotomías mínimamente invasivas previas con abordaje por laparoscopia y toracoscopia convencional (10 anastomosis intratorácicas mecánicas en decúbito lateral y 5 anastomosis cervicales)

Resultados:

No hubo conversiones en las laparoscopias ni en las toracoscopias robóticas. Se convirtieron 2 toracoscopias convencionales (13%). En el grupo de la cirugía robótica la estancia media hospitalaria fue de 21 días (rango 10-50). No hubo mortalidad intrahospitalaria ni complicaciones respiratorias en ninguno de los 10 pacientes. Hubo dehiscencia en dos de las 6 anastomosis intratorácicas (33%) resultas con endoprótesis y en dos de las 4 cervicales (50%). Se consiguió una resección R0 en el 100% de casos con un promedio de 13,8 ganglios aislados (rango 2-33). En el grupo de la toracoscopia convencional la estancia media fue de 20 días. Globalmente en este grupo hubo un 13,3% de complicaciones respiratorias, un 13,3% de dehiscencias, un 6,6% de quilotórax y una mortalidad intrahospitalaria del 6,6% pero todas en el subgrupo de la anastomosis cervical. No hubo mortalidad ni complicaciones postoperatorias en los pacientes con anastomosis intratorácicas. Se logró una resección R0 en el 73% de los casos, con un promedio de 12 ganglios aislados (1-22)

Conclusiones:

La esofageotomía robótica, en nuestras manos y hasta la fecha, no ha demostrado menor morbilidad global que la toracoscopia sin asistencia robótica.

La posición en decúbito prono facilita la disección esofágica y el robot nos ha permitido realizar las anastomosis intratorácicas de forma manual en esta posición.

La robótica nos ha facilitado la toracoscopia con menor número de conversiones y mayor porcentaje de resecciones R0, con una estancia y resto de estándares oncológicos similares.