

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:

APORTACIÓN DE LA ROBÓTICA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA

Autores:

Autor presentador:

Carlos Loureiro González

Resto de autores:

Ismael Díez del Val, Patricia Pérez de Villarreal Amilburu, Sandra Ruiz Carballo, Saioa Leturio Fernández, Iker Bengoetxea Peña, Julen Barrenetxea Asua, José Esteban Bilbao Axpe, Jaime Jesús Méndez Martín.

Institución:

Servicio Cirugía general y del aparato digestivo, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Resumen de comunicación:

Introducción:

La cirugía robótica puede mejorar la disección así como facilitar la realización de suturas, fundamentalmente en localizaciones complejas y en campos profundos y estrechos, dada la mayor precisión debida a la visión en tres dimensiones, la estabilidad de la imagen, la eliminación del temblor y la mayor longitud y grados de libertad del instrumental.

Objetivo:

Evaluar las posibles aportaciones de la cirugía robótica a la cirugía esófago-gástrica en una Unidad con experiencia en el abordaje abierto y mínimamente invasivo de estas patologías.

Material y método:

Desde Septiembre de 2009 hasta Marzo de 2012 han sido intervenidos 63 pacientes con diferentes patologías esófago-gástricas empleando el sistema da Vinci en nuestra Unidad de Cirugía esófago-gástrica. La edad media ha sido de 56,7 años.

En primer lugar fueron intervenidos 6 pacientes afectos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), para avanzar en la curva de aprendizaje. Progresivamente hemos incorporado todo tipo de patologías tratadas en nuestra Unidad, pero con dedicación preferente a aquellas que implican disecciones o suturas en localizaciones más complejas, dada la escasa disponibilidad del sistema da Vinci (dos jornadas quirúrgicas mensuales)

ERGE: 7

Hernia paraesofágica: 14

Reoperaciones tras fracaso de funduplicatura: 5

Esofaguetomía transhiatal (ETH): 7

Esofaguetomía mínimamente invasiva, tres campos (EMI): 4

Esofaguectomía Ivor-Lewis mínimamente invasiva:	2
Gastrectomía subtotal:	4
Tumor estromal gastrointestinal gástrico (GIST):	3
Bypass gástrico por obesidad mórbida:	1
Acalasia de cardias:	13
Leiomioma de esófago medio:	2
Divertículo epifrénico:	1
TOTAL:	63

Resultados:

La estancia media ha sido de 16,1 días para los pacientes intervenidos de cáncer esofágico y de 3,8 días para el resto de la serie. Todos los procedimientos salvo cuatro fueron completados por vía mínimamente invasiva (Tasa de conversión del 6,3%): 1) debido a dificultad de disección gástrica posterior al final de una esofaguectomía transhiatal, 2) para reducción de un vólvulo gástrico intratorácico, 3) en un carcinoma epidermoide esofágico irresecable con diagnóstico patológico preoperatorio de leiomioma, y 4) para realización de un Collis-Nissen en una hernia hiatal gigante recidivada con esófago corto. Una paciente de 89 años falleció al tercer día postoperatorio tras la reparación de una hernia paraesofágica volvulada con múltiples adherencias por cirugía previa (mortalidad de 1,6%).

Se presentaron tres complicaciones que precisaron reintervención: 1) una dehiscencia parcial de la plastia gástrica tras una esofaguectomía transhiatal, 2) una migración gástrica intratorácica tras disección del esófago inferior y la curvatura mayor gástrica en un adenocarcinoma esofágico que no fue resecado debido a la presencia de implantes carcinomatosos en la superficie anterior del páncreas, y 3) una peritonitis difusa por colecistitis gangrenosa perforada. Adicionalmente una fístula cervical fue resuelta con tratamiento conservador.

Conclusiones:

- La cirugía esofago-gástrica robótica es factible y segura. Sus contribuciones fundamentales parecen la disección mediastínica compleja, tanto en hernias gigantes, reintervenciones, miotomía esofágica o esofaguectomía transhiatal, así como la realización de anastomosis manual intratorácica en la esofaguectomía Ivor-Lewis.
- Las complicaciones observadas en la serie no se relacionan con el procedimiento robótico en sí mismo, sino con la complejidad del paciente o su patología.
- La experiencia en cirugía abierta y mínimamente invasiva parecen contribuir a la implantación de la cirugía robótica como proceso "natural", reduciendo además la curva de aprendizaje.