

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:

Cirugía robótica en el tratamiento de cáncer colo-rectal. Resultados preliminares

Autores:

Autor presentador:

Yolanda Quijano

Resto de autores:

Emilio Vicente, Hipolito Duran, Eduardo Diaz, Isabel Fabra, Ramon Puga, Benedetto Ielpo, Catalina Oliva, Ricardo Caruso.

Institución:

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro. Centro Oncológico "Clara Campal".

Facultad de medicina. Universidad San Pablo. CEU

Madrid

Resumen de comunicación:

Introducción:

La cirugía robótica ha adquirido su papel más relevante en el tratamiento del cáncer colo-rectal. La fácil y precisa visualización del área pélvica además del uso de instrumentos articulados y de la adecuada posición ergonómica del cirujano han sido importantes argumentos para facilitar su inicial desarrollo y posterior consolidación.

Objetivo:

El objetivo de la presente comunicación es presentar la experiencia acumulada en nuestra Institución con esta técnica.

Material y método:

Desde el mes de octubre del año 2010 hasta el 31 de marzo del presente año un total de 43 pacientes fueron intervenidos con cirugía robótica. De ellos, 28 lo fueron por diferentes procesos colo-rectales: Tumoración de colon derecho (1), colon izquierdo y sigma (5) y recto (22). Los diagnósticos fueron en todos ellos, excepto en uno de ellos (EDC) de adenocarcinoma. La cirugía robótica efectuada representa el 1,9% y 13,1% de toda la cirugía de colon y recto, respectivamente, efectuada en nuestro servicio. Todos los pacientes afectados de tumores rectales recibieron tratamiento neo-adyuvante (quimioterapia y radioterapia). Los procedimientos quirúrgicos efectuados fueron: hemicolectomía derecha (1), resección anterior (4), resección anterior ultrabaja con anastomosis colo-rectal e ileostomía desfuncionalizadora (15), resección anterior ultrabaja con anastomosis colo-rectal sin ileostomía de protección (4), resección anterior ultrabaja con anastomosis colo-anal e ileostomía desfuncionalizadora (1), amputación abdomino-perineal con colostomía definitiva (3). En dos pacientes afectados de carcinoma recto, se les asocio

al procedimiento rectal, una colectomía posterior y metastasectomía epática, respectivamente. La reconstrucción del tracto digestivo se efectuó mediante sutura mecánica en transanal 21 enfermos. En dos enfermos afectados de lesiones rectales se efectuó la anastomosis de forma manual. El enfermo afecto de carcinoma de colon derecho se realizó una anastomosis ileo-transversa extracorpórea.

Resultados:

El tiempo medio de cirugía fue: Colon derecho (220 minutos), colon sigmoide y/o tercio superior de recto 253 minutos (210-300) y tercio medio e inferior de recto 310 minutos (195-420). No se efectuó ninguna conversión a cirugía abierta.

No existió mortalidad derivada del procedimiento quirúrgico efectuado. No existieron complicaciones quirúrgicas intraoperatorias. Tres enfermos de edad superior a 70 años, con escasa respuesta al tratamiento neoadyuvante efectuado a los que se les efectuó una ileostomía desfuncionalizadora presentaron dehiscencias anastomóticas. La estancia media fue de 5 días (4-7) para enfermos a los que se les efectuó resección anterior y de 13,6 días (4-65) a los que se les efectuó resección anterior ultrabaja con o sin ileostomía desfuncionalizadora.

Conclusiones:

La cirugía robótica colo-rectal representa en la actualidad una brillante realidad en la oferta terapéutica a ofrecer a los pacientes afectados de proceso neoplásicos colo-rectales. Los resultados obtenidos especialmente en el cáncer de recto, se encuentran claramente condicionados por las características del proceso tumoral, por el tratamiento neoadyuvante efectuado y por la respuesta al mismo.