



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-020 - RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA TOTAL Y SUBTOTAL ROBÓTICA

Escartín Arias, Alfredo; González Duaigües, Marta; Salvador Roses, Helena; Muriel Álvarez, Pablo; Jara Quezada, Jimmy; Vela Polanco, Fulthon; Pinillos Somalo, Ana; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lérida.

### Resumen

**Objetivos:** La gastrectomía laparoscópica (GLap) ha ganado aceptación mundial como tratamiento del cáncer gástrico y numerosos estudios han confirmado su seguridad, con resultados oncológicos comparables con la cirugía abierta. Como evolución a la misma, comenzamos en 2019 el programa de gastrectomía robótica (GRob). Previamente habíamos presentado resultados equiparables entre la GL y la gastrectomía abierta en cuanto a seguridad y resultados oncológicos. El objetivo de la presente comunicación es presentar nuestros resultados en GRob y compararlos con los de la GLap.

**Métodos:** Se han analizado todos los pacientes consecutivos sometidos a gastrectomía total y subtotal por vía laparoscópica/robótica con intención curativa a partir de una base de datos prospectiva, desde enero 2018 hasta julio 2020. Reconstruimos el tránsito sobre asa en Y de Roux mecánica intracorpórea con ascenso del asa yeyunal transmesocólica. En las GS realizamos gastroyeyunostomía (G-Y) laterolateral mecánica. Los orificios de la grapadora se cierran con sutura continua barbada 3/0. Esofagoyeyunostomía (E-Y) en las GT: GTlap se realiza con el dispositivo Orvil 25 mm a través de incisión de apoyo; GTrob se realiza de forma manual TL con sutura continua barbada 3/0 doble plano posterior, monoplaneo anterior (excepto en algún tumor de la unión con anastomosis intratorácica en que se utiliza Orvil). La pieza se extrae a través de Pfannestiel excepto cuando se realiza incisión de apoyo. Empleamos robot Da Vinci Xi con doble consola y mesa acoplada.

**Resultados:** Se presentan en la tabla.

	Glap n = 30	Grob n = 29
Edad	69 ± 11	69 ± 15
IMC	26 ± 5	27 ± 5
ASA <sup>3</sup> III	11 (37%)	13 (45%)
Charlson	3 ± 1	3 ± 1
Subtotal	22 (73%)	10 (35%)*
Total	8 (27%)	19 (65%)
Duración (minutos).		
GS	293 ± 50	313 ± 67
GT	365 ± 80	360 ± 56

Resección R0	26 (90%)	28 (97%)
Ganglios n <sup>3</sup> 15	19 (79%)	22 (88%)
Complicaciones	18 (60%)	10 (35%)*
Clavien <sup>3</sup> 3	4 (14%)	4 (14%)
Fuga E-Y	5 (62%)	2 (11%)*
Fuga G-Y	0	0
Fuga muñón	0	1 (4%)
Reintervención	2 (7%)	2 (7%)
Reingreso	4 (16%)	1 (3%)
Mortalidad	0 (0%)	1 (3%)
Estancia	9 ± 8	9 ± 10

\*p < 0,05.

**Conclusiones:** No entramos a valorar el coste del procedimiento y no podemos demostrar estadísticamente la indiscutible mejora ergonómica y el mayor confort del equipo quirúrgico y la sensación de seguridad del cirujano. Los resultados obtenidos al comparar la Glap y la Grob han sido similares en todos los apartados: no ha habido selección de pacientes y conforme aumenta la serie hemos observado una disminución en las complicaciones, aunque no se ha traducido en una menor estancia media. Se han mantenido los requisitos oncológicos en cuanto a resección R0 y obtención de ganglios. La cirugía gástrica se puede realizar de forma segura y con resultados óptimos de forma robótica, siendo una técnica reproducible. La progresiva evolución de la tecnología e instrumentación robótica ayudará a reforzar estos resultados.