



O-140 - CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO (LAPAROSCOPIA, TORACOSCOPIA CONVENCIONAL Y TORACOSCOPIA ROBÓTICA). NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

M.S. Trugeda Carrera, M.J. Fernández Díaz, J.C. Palazuelos, J.C. Rodríguez Sanjuán, C. Fernández Escalante y M. Gómez Fleitas

Hospital Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: La esofagectomía es un procedimiento complejo y especialmente agresivo que precisa un abordaje en dos o incluso tres campos quirúrgicos diferentes. La cirugía mínimamente invasiva (CMI) tiene como finalidad disminuir el trauma quirúrgico por lo tanto cabe pensar que en procedimientos más traumáticos el beneficio será mayor. La cirugía robótica intenta suplir algunas de las limitaciones de los abordajes mínimamente invasivos convencionales. En nuestro S^o la técnica quirúrgica de elección es el Ivor Lewis y cuando realizamos abordajes mínimamente invasivos creemos que la mejor posición es el decúbito prono. La toracoscopia convencional nos dificultaba la anastomosis intratorácica en esta posición lo que nos llevó a utilizar la toracoscopia robótica que nos facilitó la anastomosis intratorácica manual con el paciente en decúbito prono. Son pocos los grupos que realizan la esofagectomía de Ivor Lewis con abordaje mínimamente invasivo y menos aún los que utilizan el abordaje torácico robótico. El objetivo de este trabajo es presentar nuestros resultados iniciales con estos procedimientos.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 32 pacientes intervenidos por cáncer de esófago con cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia y toracoscopia) de enero 2008 a marzo 2013. En todos los casos la confección de la plastia fue laparoscópica. En los 15 primeros casos se asoció una toracoscopia convencional (TCS convencional) 5 en decúbito prono con anastomosis cervical y 10 en decúbito lateral con anastomosis intratorácica mecánica transoral. En los 17 siguientes se asoció una toracoscopia robótica (TCS robótica), siempre en decúbito prono, 4 con anastomosis cervical y 13 con anastomosis intratorácica manual. Se presentan los resultados de ambos grupos en términos de morbilidad, mortalidad intrahospitalaria y estancia postoperatorias. Los resultados oncológicos se valoraron en función de las resecciones R0 logradas y del número de ganglios aislados.

Resultados: No hubo conversiones en las laparoscopias ni en las TCS robóticas. Se convirtieron 2 TCS convencionales (6%). La mortalidad global de la serie es del 3% (1 TCS convencional por causa respiratoria). Hay un 6% de complicaciones respiratorias, todas en TCS convencionales y un 9% de quilotórax (1 TCS convencional y 2 TCS robóticas). No hay dehiscencias de la anastomosis intratorácica en las TCS convencionales. Hay una dehiscencia de anastomosis intratorácica y 3 fístulas radiológicas en las TCS robóticas. Se logró una resección R0 en el 73% de las TCS convencionales, con una media de 12 ganglios aislados y en el 100% de las robóticas con una media

de 17 ganglios aislados.

Conclusiones: La esofagectomía mínimamente invasiva puede realizarse con unos resultados similares a los de la cirugía abierta. El abordaje robótico nos ha facilitado la disección en decúbito prono y la anastomosis intratorácica en esta posición. Aunque en nuestras manos y hasta la fecha, el abordaje robótico no ha demostrado una menor morbilidad global que la toracoscopia convencional si ha facilitado un mayor porcentaje de resecciones R0 y de ganglios obtenidos sin complicaciones respiratorias hasta el momento.