



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-155 - EXPERIENCIA INICIAL EN ESOFAGECTOMÍA ROBÓTICA IVOR LEWIS: MUCHO MÁS QUE UN AVANCE TECNOLÓGICO

Cerezuela Fernández de Palencia, Álvaro; Ruiz de Angulo Martín, David; Munitiz Ruiz, Vicente; Conesa Pla, Ana; Gutiérrez Fernández, Ana Isabel; Egea Valenzuela, Juan; Ramírez Romero, Pablo; Martínez de Haro, Luisa F.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La esofagectomía por cáncer supone un procedimiento de elevada complejidad, es por ello que la asistencia robótica a la esofagectomía por cáncer representa uno de los avances tecnológicos más importantes de las últimas décadas, habiendo mostrado ventajas respecto a otros abordajes. El abordaje robótico permite una visión tridimensional al cirujano y permite confeccionar anastomosis en espacios reducidos como el mediastino. La curva de aprendizaje ha sido analizada por varios autores siendo importante mostrar los resultados, incluso durante la fase inicial, ya que se trata de una técnica compleja.

Métodos: Doce pacientes han recibido una esofagectomía transtorácica totalmente robótica (Da Vinci Xi®) en nuestro centro (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca) durante el año 2023. Todos los procedimientos se efectuaron por el mismo equipo quirúrgico (un cirujano de consola y dos cirujanos asistentes). El abordaje se realizó con cuatro trocares robóticos y un trocar accesorio. El sistema FireFly fue empleado para la identificación con verde de indocianina tanto del conducto torácico como de la vascularización de la plastia gástrica. El tipo de anastomosis esofagogástrica fue manual biplano. En cuanto al manejo posquirúrgico, se realizó una endoscopia durante el posoperatorio precoz en todos los sujetos menos uno. Se indicó la colocación de endoprótesis profiláctica en pacientes con alta sospecha de dehiscencia. Mostramos los resultados quirúrgicos, oncológicos y relacionados con la seguridad en estos primeros pacientes de nuestra serie. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: La mediana de la edad de nuestros pacientes fue de 57,5 años, siendo el 75% varones. El 100% de los pacientes habían recibido neoadyuvancia. En cuanto al cTNM nuestra serie se distribuyó de la siguiente manera: 33,3% IIB; 50% III; 16,6% IVa. Tres pacientes fueron considerados ASA I, 6 pacientes ASA II y el resto ASA III. La tasa de dehiscencia fue del 16,6% y falleció un paciente (8,3%) por causas no directamente relacionadas con la operación. La media del número total de ganglios fue de 27,2. Cuatro pacientes recibieron una endoprótesis siendo retirada en 3 de ellos al mes sin complicaciones. El tiempo quirúrgico medio fue de 600,1 ± 31,7 minutos. Nuestra serie presentó una estancia mediana de 13 días. El seguimiento oncológico varía entre 3 y 9 meses, habiendo presentado progresión de la enfermedad tres pacientes (25%).

Conclusiones: La asistencia robótica al procedimiento de Ivor Lewis asocia buenos resultados

oncológicos en relación a la resecabilidad, morbilidad y mortalidad posoperatorias, incluso en fases iniciales. En nuestro caso, especial relevancia ha tenido el empleo de esta tecnología en la linfadenectomía infracarinal. El tiempo quirúrgico al principio es prolongado y la exigencia máxima para el cirujano. Avanzar en la curva de aprendizaje, ser sistemático en los procedimientos y disponer de dos cirujanos de consola acreditados es recomendable para la optimización del proceso.