



P-141 - ACTUALIZACIÓN Y APLICACIÓN DE LA ANATOMÍA QUIRÚRGICA ESOFÁGICA GRACIAS A LA CIRUGÍA ROBÓTICA

Toledo Martínez, Enrique; Magadán Álvarez, Cristina; Castanedo Bezanilla, Sonia; Lainez Escribano, Mario; Gil Manrique, Carolina; Fernández Díaz, María José; Trugeda Carrera, María Soledad; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: El desarrollo de la cirugía robótica esofágica se encuentra inexorablemente ligado a la cirugía oncológica. Gracias a la evolución y experiencia adquiridas se propició la optimización de la visión del campo quirúrgico gracias a la utilización de un aumento de hasta 10 veces y al uso del neumoperitoneo y neumotórax. Todo ello, permitió la visualización de planos quirúrgicos no descritos previamente y su disección con más facilidad que en la cirugía abierta.

Métodos: Se realiza una revisión bibliografía de la anatomía quirúrgica esofágica y de las esofagectomías robóticas. Se analizan 6 estudios con datos obtenidos en la clínica, en la resonancia magnética y en cadáver. Se aúna a la experiencia de nuestro centro en cirugía robótica con el fin de minimizar las complicaciones quirúrgicas y postoperatorias propiciando la visualización de capas de tejido conectivo previamente no descritas.

Resultados: Se llegó a la división de dos regiones: superior al arco aórtico (mediastino superior y cuello) e inferior. Por encima, el esófago y la tráquea atraviesan el compartimento visceral. El borde posterior y posterolateral de este compartimento está formado por la fascia alar, que conecta las hojas carótidas derecha e izquierda, pasando dorsalmente al esófago. En dicha región se encuentran los nervios laríngeos recurrentes, la glándula tiroidea y los ganglios linfáticos. Inferior al arco aórtico, el ligamento aorto-pleural recibe el nombre de mesoesófago, capa de tejido conectivo con vasos sanguíneos, linfáticos y ramas nerviosas que se extiende desde la aorta descendente infracarinal hasta el esófago. Superior a la carina, el esófago recibe vascularización de ambos lados, las arterias bronquiales vascularizan a la tráquea y a ambos bronquios. Hay una gran variabilidad, siendo lo más frecuentes (70%) dos arterias en el lado izquierdo y una en el derecho. Ambos pulmones son inervados por un pequeño plexo anterior y un gran plexo posterior. El posterior aporta entre el 74-77% de la inervación pulmonar total. El nervio vago derecho discurre lateralmente, por detrás de la arteria subclavia, lugar de recurrencia del nervio laríngeo recurrente (NRL) derecho, llegando al esófago como plexo esofágico. Cruzando el borde superior del bronquio derecho, se produce la salida del plexo pulmonar posterior derecho, consistiendo en una mediana de 13 ramas nerviosas. El nervio vago izquierdo cursa posterior al arco aórtico, en el cual el NRL izquierdo recurre y asciende a lo largo del lado izquierdo de la tráquea. Cruza hasta la parte posterior del bronquio principal izquierdo y antes de acceder al esófago, da 13 ramas formando el plexo pulmonar

posterior izquierdo.

Conclusiones: La tasa de complicaciones pulmonares en la esofaguectomía robótica se mantiene superior a otros procedimientos torácicos, presentando neumonías entre el 28-40%. La explicación puede hallarse en la función pulmonar del nervio vago, encargado del reflejo de la tos, la producción de las mucosas, el diámetro bronquial y su importante papel en la regulación de la inflamación; siendo de interés su identificación y preservación. La disección robótica parece facilitar la preservación de dichos plexos nerviosos, así como una identificación de los NRL más precisas.