



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-051 - MIOTOMÍA DE HELLER ASISTIDA POR ROBOT

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

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: La acalasia es el trastorno motor primario más común del esófago, aunque poco frecuente, con una incidencia aproximada de 0,001%. Se caracteriza por dos componentes: alteración del peristaltismo e incapacidad de relajación del esfínter esofágico inferior. Las opciones terapéuticas incluyen cirugía, dilatación endoscópica neumática y la inyección de toxina botulínica; el primero de estos ofrece los mejores resultados a largo plazo. La cirugía mínimamente invasiva se ha convertido en el tratamiento estándar para la acalasia. La incorporación de la tecnología robótica permite superar limitaciones de la cirugía laparoscópica aportando una óptima visión tridimensional, mayor maniobrabilidad, a la vez que incrementa la ergonomía para el cirujano.

Objetivos: Presentamos un vídeo de la técnica usada en nuestro centro para visualizar las ventajas de la miotomía de Heller asistida por robot.

Métodos: Nosotros utilizamos el sistema robótico Da Vinci Xi con cama integrada TruSystem 7000dV OR stretcher. Se realiza neumoperitoneo mediante la técnica de Hasson en la línea media supraumbilical y el resto de los trocares se colocan bajo visión directa. Los puertos para el primer y segundo brazo robótico se colocan en la línea medioclavicular, por debajo de los márgenes costales derecho e izquierdo respectivamente. El puerto para el tercer brazo robótico se coloca en la línea axilar anterior derecha por debajo del margen costal, así como el puerto auxiliar se coloca del lado derecho del paciente. El acoplamiento del robot se lleva a cabo por el lado izquierdo del paciente. El procedimiento comienza con la disección de la pars flácida, hasta que toda la parte anterior de la membrana freno-esofágica sea disecada. En este punto, la maniobrabilidad aportada por el robot permiten al cirujano disecar y separar adecuadamente el esófago del pilar izquierdo del diafragma. El pilar derecho del diafragma es disecado para crear un túnel retroesofágico a través del cual se pasa una cinta para traccionar el esófago en dirección caudal con el tercer brazo robótico. Esto permite exponer el tercio inferior del esófago y realizar una miotomía de longitud óptima (8 cm). Una vez expuesta la parte anterior del esófago, la miotomía se realiza con movimientos de tracción y contracción que separan las fibras musculares longitudinales y circulares del esófago. A este nivel, la óptima visibilidad que proporciona el sistema robótico da al cirujano gran precisión. La miotomía se extiende proximalmente 6 cm y distalmente 2 cm de la unión gastroesofágica. La disección distal es el punto con la mayor incidencia de perforación de la mucosa, pero es fundamental para un buen resultado posoperatorio. El procedimiento se concluye con la realización de una funduplicatura parcial tipo Dor, colocando tres puntos de sutura en cada lado. Se reinicia la

ingesta oral el mismo día de la cirugía. Posoperatorio inmediato sin complicaciones. Y al seguimiento anual no presenta síntomas de recidiva.

Conclusiones: La miotomía de Heller asistida por robot es un procedimiento seguro, eficaz y reproducible. El tiempo operatorio no es mayor que la miotomía de Heller laparoscópica.