



## O-007 - ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO CONVENCIONAL FRENTE A LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL CÁNCER RECTAL ELECTIVO: 300 CASOS EN NUESTRO CENTRO

Gutiérrez Delgado, María del Pilar; Mera Velasco, Santiago; González Poveda, Iván; Ruiz López, Manuel; Toval Mata, Jose Antonio; Carrasco Campos, Joaquin; Pérez Reyes, María; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

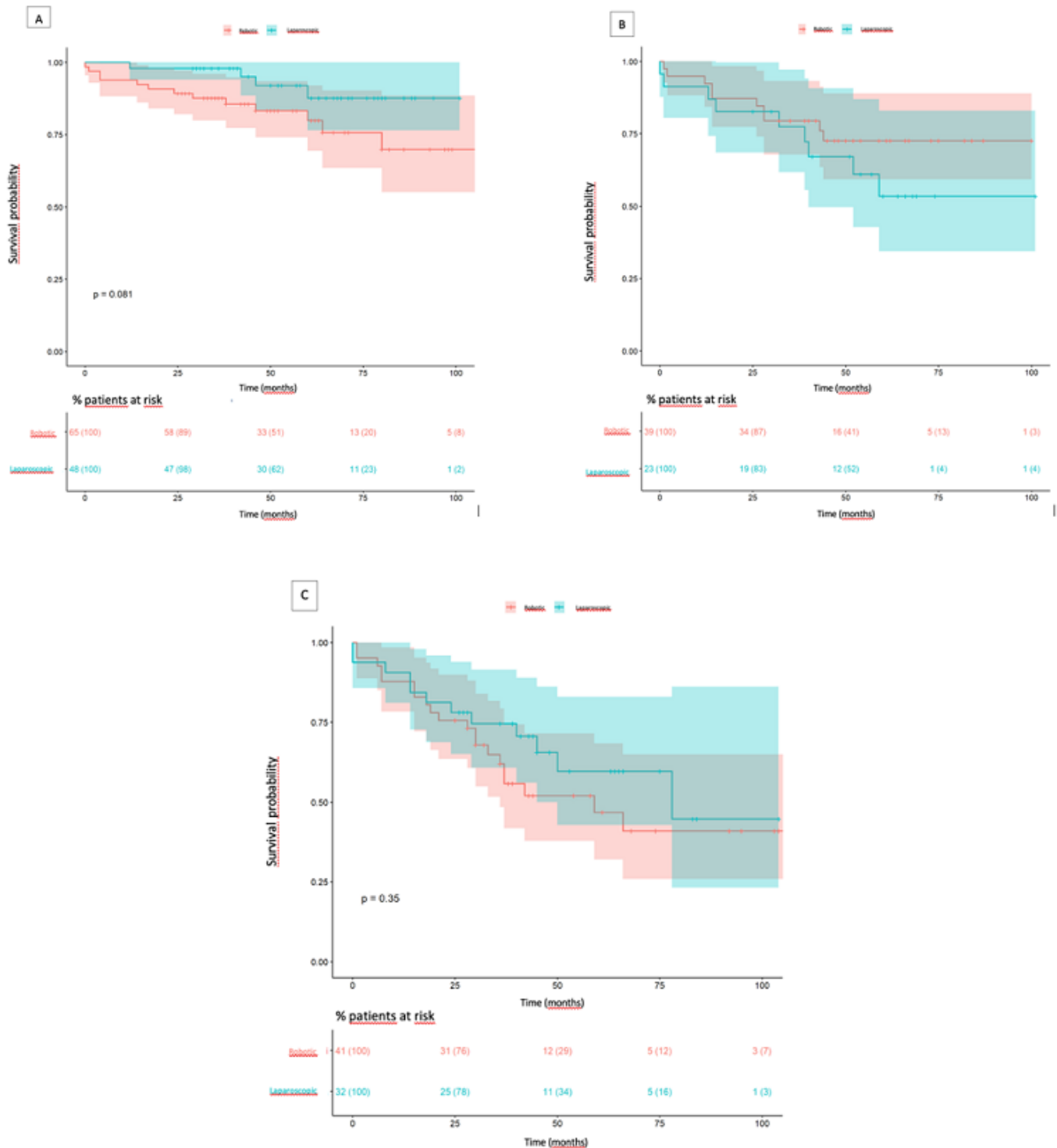
**Introducción:** La cirugía laparoscópica asistida por robot intenta facilitar la cirugía rectal en el estrecho espacio de la pelvis. El objetivo de este estudio es comparar los resultados de la cirugía robótica frente a la laparoscópica para el cáncer de recto.

**Métodos:** Estudio retrospectivo monocéntrico que incluye trescientos pacientes sometidos de forma electiva a resección robótica (n = 178) o laparoscópica (n = 122) entre enero de 2009 y diciembre de 2017 por cáncer de recto alto, medio y bajo.

**Resultados:** Los grupos robóticos y laparoscópicos fueron comparables con respecto a las características demográficas, excepto el sexo y el estado de la ASA. No hubo diferencias estadísticas entre los grupos en la tasa de conversión a cirugía abierta. La morbilidad quirúrgica y la calidad oncológica no difirieron en ninguno de los dos grupos, excepto en la tasa de fuga de anastomosis y el margen de resección distal afecto. No hubo diferencias en la tasa de supervivencia global entre el grupo laparoscópico frente al robótico.

	Laparoscopic surgery	Robotic surgery	p value
Type of resection (%)			0,538
Anterior resection	30 (24.6)	39 (21.9)	
Low anterior resection	31 (25.4)	55 (30.9)	
Ultra-low anterior resection	10 (8.2)	17 (9.6)	
Intersphincteric resection	38 (31.1)	56 (31.5)	
Conversion rate (%)	17 (13,9)	16 (9)	0.179
Operation time (min)	172,2 ± 53,3	173.9 ± 45.6	0.281
Distal resection margin (%)			0.867
Free	78 (63.9)	116 (65.2)	
Affected	3 (2.5)	4 (2.2)	
Not applicable	41 (33.6)	58 (32.6)	
Circumferential margin (%)			0.202

Free (> 1 mm)	103 (84.4)	141 (79.2)	
Affected (< 1 mm)	11 (9)	14 (7.9)	
Not applicable	8 (6.6)	23 (12.9)	
TME quality (MERCURY grades 1-3) (%)			0.611
1	1 (0.8)	5 (2.8)	
2	11 (9)	18 (10.1)	
3	60 (49.2)	89 (50)	
Number of resected lymph nodes, (mean ± SD, (range)) (%)	12,9 ± 5,9 (63,9)	12.3 ± 5.3 (61.8)	0.267
Ratio of resected lymph nodes after neoadjuvant chemoradiation therapy (%)	56,6	56.5	0.449
Number of neoplastic lymph nodes (mean ± SD, (range))	1,3 ± 2,9	0.9 ± 2.9	0.233
Lymph nodes ratio(mean ± SD, (range))	0,08% ± 0,2	0.1 ± 0.7	0.339
ypTNM stage (%)			0.837
I	49 (45.4)	65 (43.3)	
II	25 (23.1)	40 (26.7)	
III	32 (29.6)	44 (29.3)	
IV	1 (0.9)	0 (0)	



**Conclusiones:** La cirugía robótica podría proporcionar algunas ventajas sobre la cirugía laparoscópica convencional, aportando una visión tridimensional, instrumentos articulados, menor fatiga para el cirujano, menor tasa de conversión a cirugía abierta, estancias hospitalarias más cortas y menor tasa de disfunción urinaria y sexual. Por otro lado, la cirugía robótica suele implicar tiempos quirúrgicos más prolongados y costes más elevados. Como se demostró en el ensayo ROLARR, en nuestro estudio no se encontraron diferencias estadísticas en la tasa de conversión entre los grupos de cirugía laparoscópica y cirugía robótica. Cuando es realizada por cirujanos experimentados, la cirugía robótica para el cáncer de recto podría ser una opción segura y factible sin diferencias significativas en términos de resultados oncológicos en comparación con la cirugía laparoscópica convencional.