



V-027 - ESOFAGECTOMÍA DE IVOR-LEWIS TORACOSCÓPICA CON ANASTOMOSIS MANUAL ROBÓTICA

Díez del Val, Ismael¹; Loureiro González, Carlos¹; García Fernández, Marta¹; Leturio Fernández, Saioa¹; Barrenetxea Asúa, Julen¹; Bengoetxea Peña, Iker¹; Josa Martínez, Miguel²; Bilbao Axpe, José Esteban¹

¹Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao; ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer de esófago supone una alternativa a la vía convencional con resultados comparables desde un punto de vista oncológico, reduciendo las complicaciones parietales y pulmonares derivadas fundamentalmente de la toracotomía. La cirugía robótica emerge como una innovación tecnológica que pretende ofrecer soluciones potenciales a las limitaciones de la cirugía laparoscópica. Ofrece una visión tridimensional, reduce el temblor, magnifica la imagen, con mayor libertad de movimientos, que son más intuitivos, y mejor ergonomía para el cirujano. En este vídeo mostramos una de sus principales aplicaciones en cirugía esófago-gástrica, concretamente en la cirugía mínimamente invasiva del cáncer de esófago distal.

Objetivos: Presentar el tiempo toracoscópico de la técnica de esofagectomía Ivor-Lewis con linfadenectomía mediastínica estándar y anastomosis manual robótica. Dicha intervención constituye en la actualidad el tratamiento de elección para el cáncer de esófago distal en nuestra Sección de cirugía esófago-gástrica.

Métodos: Desde septiembre de 2009 hasta abril de 2016, hemos intervenido 170 pacientes mediante cirugía robótica, de los cuales 42 han sido cánceres de esófago. En total, hemos realizado 30 esofagectomías tipo Ivor-lewis con anastomosis manual intratorácica (a nivel de la cúpula) en decúbito prono. Se comienza la intervención por vía laparoscópica, procediendo a la disección del esófago distal, preparación de la plastia gástrica, linfadenectomía del tronco celiaco, maniobra de Kocher limitada y piloroplastia. Al final de la fase abdominal, se introduce la pieza quirúrgica y la plastia (sin unir las mismas) en el hemitórax derecho, mediante apertura amplia de la pleura y se coloca al paciente en prono. Mediante abordaje toracoscópico se completa la liberación esofágica con linfadenectomía mediastínica estándar que incluye los ganglios infracarinales y la ligadura y extirpación del conducto torácico. Tras completar la disección se procede a la sección del esófago por encima del cayado de la ácigos, a la colocación de la plastia en su localización final y a la apertura de la misma. En este momento se conecta el robot Da Vinci y se realiza la anastomosis manual término-lateral mediante sutura barbada, con posterior resección del exceso de plastia. Tanto este sobrante de la plastia como la pieza quirúrgica son extraídas por una pequeña toracotomía realizada ampliando uno de los puertos, con protección plástica de la misma y sin colocación de separador.

Resultados: El vídeo muestra el tiempo toracoscópico de la intervención, así como la anastomosis

manual robótica. La toracotomía de extracción de la pieza no ha provocado clínica significativa a los pacientes en el postoperatorio inmediato ni a largo plazo.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la técnica de Ivor-Lewis con asistencia robótica representa el abordaje de elección en la cirugía del cáncer del tercio inferior de esófago y unión esófago-gástrica, al combinar las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, de una linfadenectomía adecuada, de la anastomosis torácica frente a la cervical y de la anastomosis manual frente a la mecánica, además de su simplicidad, facilitada por la versatilidad de los instrumentos robóticos.