



VC-038 - GASTRECTOMÍA ONCOLÓGICA ROBÓTICA GUIADA POR ICG: UN RECURSO VERSÁTIL

Ocharan Puell, Mariaclaudia; González López, Rocío; Navarro Quirós, Gisella; Lenza Trigo, Patricia; García Melón, Abel; López Rosés, Leopoldo; Maseda Díaz, Olga

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción: Presentar un caso clínico propio para esquematizar en 10 pasos la técnica quirúrgica de la gastrectomía subtotal + reconstrucción en Y de Roux robótica, para que sea fácilmente reproducible.

Caso clínico: Paciente varón 77 años con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico antral precoz, en quien se propone la realización de gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux robótica. Se esquematiza la intervención en 10 pasos: 1. Colocación de trócares; 2. Acceso a transcavidad de epiplones; 3. Esqueletización de curvatura mayor; 4. Ligadura de arteria y vena gastroepiploicas derechas; 5. Sección duodenal; 6. Linfadenectomía D2; 7. Ligadura de arteria y vena gástrica izquierda; 8. Sección gástrica; 9. Anastomosis en Y de Roux; 10. Cierre de Petersen y brecha mesentérica.

Discusión: La gastrectomía robótica es una opción en el tratamiento del cáncer gástrico que cada vez va tomando más terreno en la práctica quirúrgica. Desde la primera gastrectomía robótica realizada en el 2003, hasta el día de hoy se han demostrado grandes avances en esta tecnología como la alta definición en 3D con visión controlada por el cirujano, movimiento del instrumental más fácil, filtración del tremor y mejor ergonomía. Los estudios comparando la gastrectomía robótica versus laparoscópica y versus gastrectomía abierta han demostrado menor pérdida de sangre intraoperatoria, menor tiempo de estancia hospitalaria y menores complicaciones posoperatorias además de un mayor número de adenopatías resecaadas bajo esta técnica. Se ha podido concluir la no inferioridad de la técnica robótica comparada con la laparoscópica, aunque faltan estudios para medir los resultados a largo plazo y una mayor cantidad de estudios en población similar a la nuestra. Se ha planteado también la menor casuística necesaria para completar la curva de aprendizaje en cirugía robótica (25 casos) vs. cirugía laparoscópica (50-75 casos), por lo que tomando en cuenta los beneficios planteados, en este trabajo se intenta estandarizar la técnica quirúrgica y de esta manera lograr una mejor reproductibilidad en otros centros. Si bien hace falta estudios con poblaciones similares a la nuestra y con una mejor calidad estadística, podemos encontrar ventajas en el uso de la nueva tecnología disponible para el tratamiento del cáncer gástrico. Creemos que esquematizar la cirugía es un buen método para disminuir diferencias entre operadores y mejorar la curva de aprendizaje entre distintos cirujanos.