

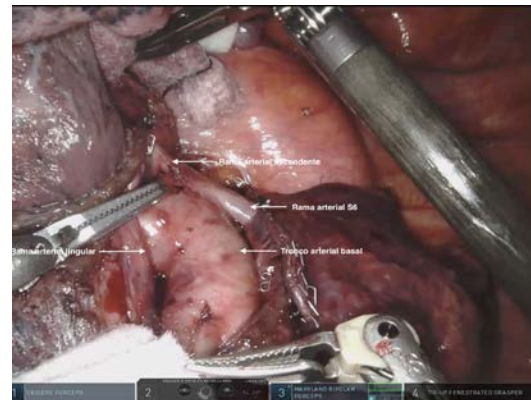
“CIRUGÍA ROBÓTICA-ASISTIDA BIPORTAL EN RESECCIONES PULMONARES ANATÓMICAS”

Sara Monge Blanco. MIR Cirugía Torácica
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias (UMQER)
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Sevilla, 24 de marzo de 2023



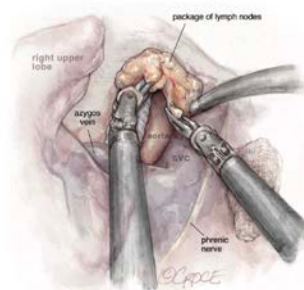
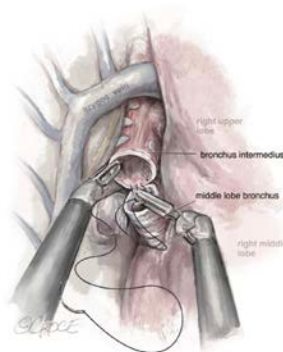
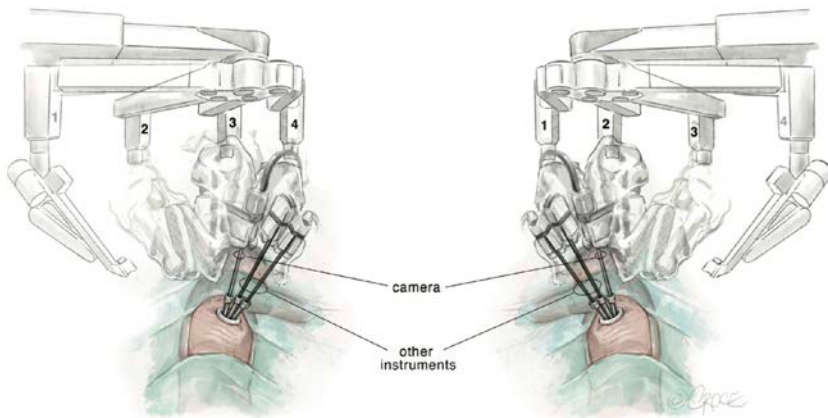
Introducción

- Nueva era de la Cirugía Torácica mínimamente invasiva
- Interés creciente en Cirugía Torácica Robótica Asistida (RATS)
 - Campo quirúrgico 3D
 - Rango de movimiento
 - Reducción temblor, ergonomía
 - Curva de aprendizaje
- Multipuerto (M-RATS): Vía de abordaje convencional
- Nuevas vías de abordaje
 - B-RATS
 - U-RATS



Introducción

- Ventajas U/B-RATS:
 - Menor dolor postoperatorio
 - Recuperación más rápida
 - Menor riesgo de lesión de vasos intercostales
 - Impacto psicológico del procedimiento
- *Docking/Undocking* más rápido (reconversión emergente)
- Conflictos entre instrumentos y cámara



Objetivos

Describir los resultados de las primeras cirugías de resección pulmonar anatómicas (lobectomías) robóticas asistidas con dos puertos de acceso realizadas en nuestro centro



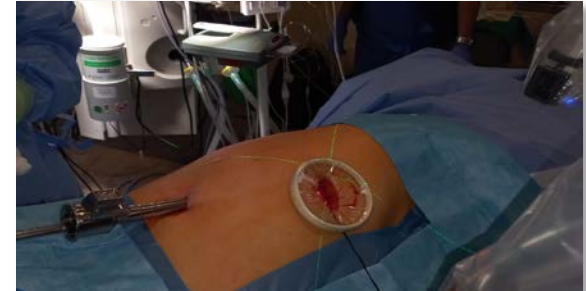
Material y métodos

Estudio unicéntrico, descriptivo, observacional y prospectivo

- Julio 2022-Diciembre 2022
- Sospecha o diagnóstico de CPCNP estadio clínico I o II
- Criterios de inclusión
 - <4cm
 - FEV1 >50%
 - No intervenciones torácicas previas
 - No QT neoadyuvante
 - No broncoplastia/*sleeve*

Técnica quirúrgica

- Da Vinci Xi® Surgical System (Intuitive Inc., Sunnyvale, California, United States). Tres brazos.
- Minitoracotomía anterolateral por 5º-6º EIC (3-4cm)
 - Dos trócares de 8mm: óptica y pinza fenestrada bipolar
- Puerto accesorio por 8º EIC
 - Trócar de 12mm: Energía bipolar y endograpadoras convencionales



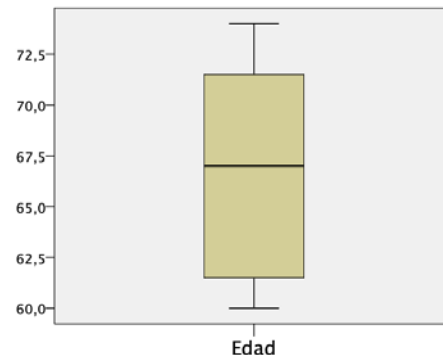
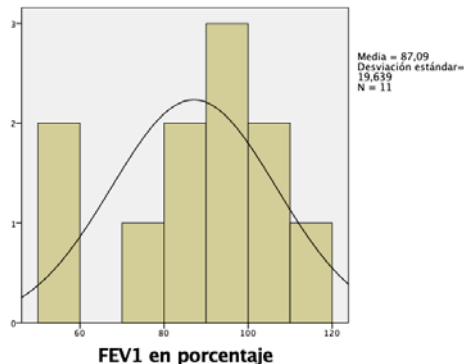
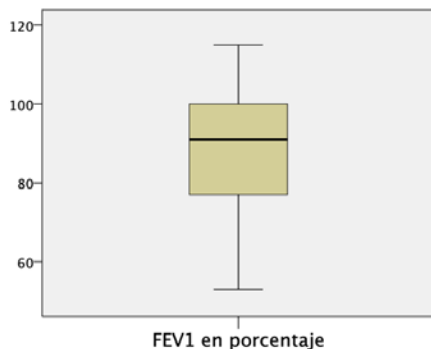
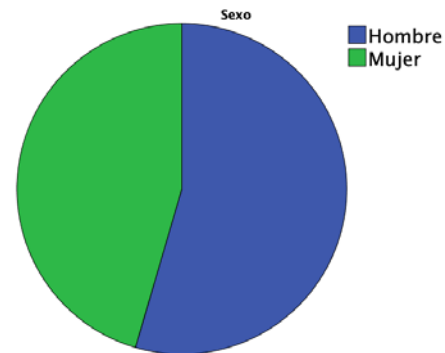


Resultados

- N=11 pacientes
- Estadística descriptiva:
 - Variables epidemiológicas
 - Variables quirúrgicas
 - Variables anatomopatológicas/postoperatorio

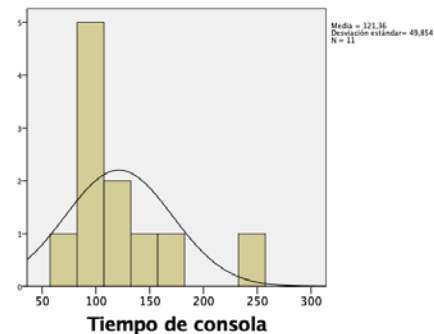
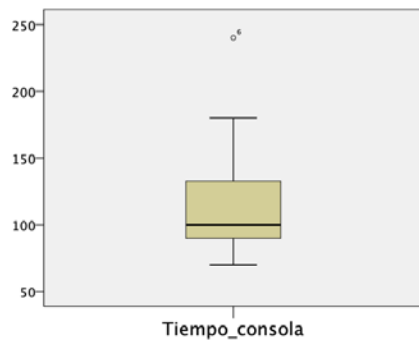
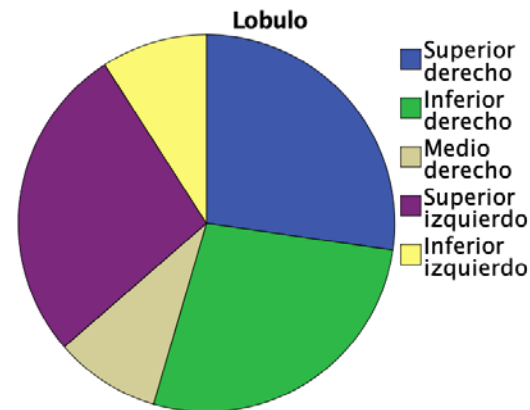
Variables demográficas

Variables demográficas	N	%
Sexo	11	100
Hombre	6	55
Mujer	5	45
Edad (años, media±SD)	67±5,31	
Mediana (IQR)	67 (61-72)	
IMC (media±SD)	26±3,94	
FEV1 % (media±SD)	87±19,6	
Mediana (IQR)	91 (73-100)	



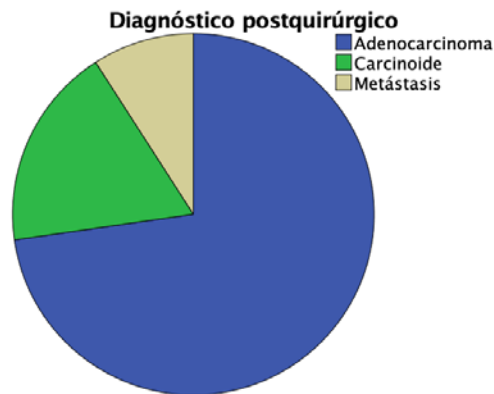
Variables quirúrgicas

Variables quirúrgicas			N	%
Tamaño lesión, mm (media±SD)			16,09±9,46	
Lóbulo			11	100
Inferior derecho			3	27,3
Superior derecho			3	27,3
Inferior izquierdo			1	9,1
Superior izquierdo			3	27,3
Medio derecho			1	9,1
Tiempo quirúrgico, min (media±SD)			121,36±49,85	
Mediana (IQR)			100 (90-135)	
Reconversión			0	0



Curso postoperatorio y AP

Curso postoperatorio y AP	N	%
AP final	11	100
Adenocarcinoma	8	73
Tumor neuroendocrino	2	18
Metástasis	1	9
Estadio	10	91
IA1	3	27,3
IA2	3	27,3
IB	3	27,3
IIIA	1	9,1
Nº ganglios resecados (media±SD)	12±5,3	
Mediana (IQR)	10 (9-15)	
Nº estaciones muestreadas (media±SD)	5±1,2	
3	2	18
4	4	36
5	1	10
6	4	36
Duración media del drenaje (media±SD)	3±2,7	
Mediana (IQR)	2 (2-3)	
Estancia hospitalaria, días (media±SD)	4±3	
Mediana (IQR)	3 (3-4)	
Estancia en UCI	0	
Mediana (IQR)	-	
Complicaciones	2	18%



Conclusiones

- El abordaje robótico-asistido biportal es seguro, factible y comparable al abordaje multipuerto, ofreciendo resultados postoperatorios prometedores en pacientes con CPCNP en estadios iniciales.
- Es necesaria mayor experiencia y seguimiento a largo plazo para una adecuada evaluación de los resultados postoperatorios, la eficacia oncológica y la comparación con vías de abordaje convencionales.