

UNIDAD DE CIRUGÍA ROBÓTICA

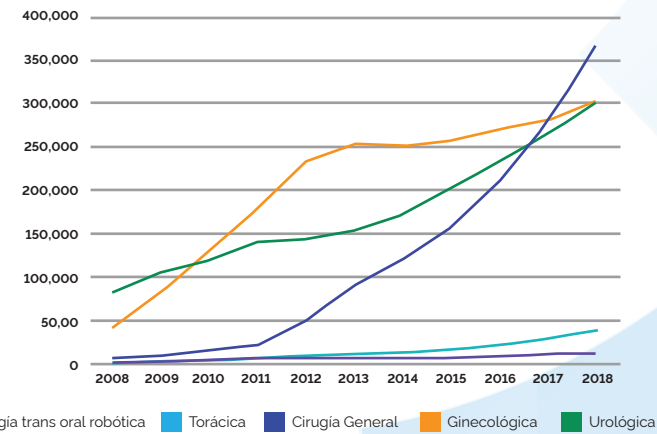


CIRUGÍA GENERAL

La cirugía general es uno de los principales objetivos de la cirugía robótica para el desarrollo de las nuevas tecnologías. En el mundo, en 2016 se efectuaron unos 180.000 procedimientos con un crecimiento del 20% respecto al año anterior.

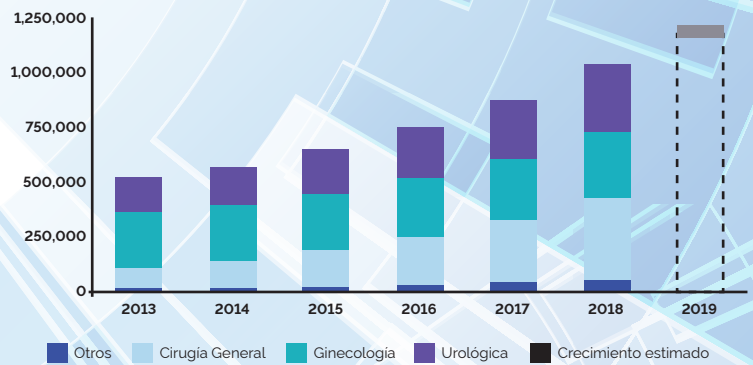
Crecimiento en los procedimientos por categorías

En los últimos 10 años



Tendencia de procedimientos

A nivel mundial



Tecnología da Vinci Xi

Revolucionario acceso anatómico



Visión 3D HD magnificada



Instrumentación ENDOWRIST con movimiento INTUITIVE

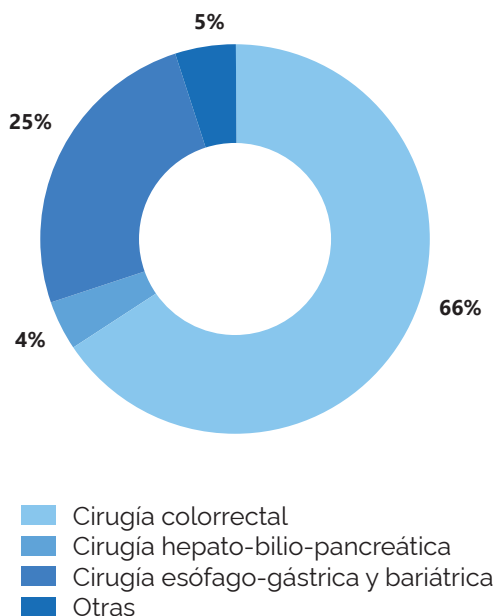


Ergonomía mejorada



Ventajas de la cirugía robótica da Vinci

Numerosas evidencias científicas avalan la cirugía robótica da Vinci en relación a importantes parámetros:



Radicalidad oncológica



Mejor visualización de detalles anatómicos y reducción márgenes positivos.^{1,5,6,7,8,9,10}

Recuperación funcional



Preservación de las estructuras nobles y mayor precisión en la fase reconstructiva.^{4,5,6,7,8,9,10}

Reducción de las complicaciones



Mayor seguridad y alto control quirúrgico.^{2,5,6,7,8,9,10}

Reducción de la estancia en el hospital



La ejecución de intervenciones complejas con técnicas mínimamente invasivas facilita la recuperación de las actividades diarias normales.^{4,5,6,7,8,9,10}

En 2018 se realizaron más de:

1500

Publicaciones científicas

1.000.000

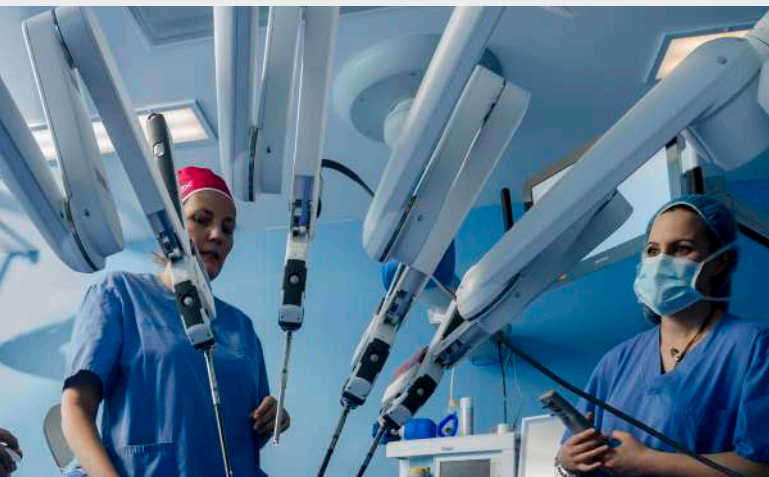
Procedimientos realizados

900

Sistemas da Vinci instalados

6.000.000

Procedimientos realizados hasta la fecha



Procedimientos de Cirugía General y Digestiva

- Miotomía de Heller (Acalasia)
- Reparación de hernia paraesofágica
- Bypass gástrico (Cirugía Bariátrica)
- Gastrectomía por neoplasia
- Cirugía Biliar reconstructiva.
- Esofagectomía transhiatal
- Cirugía esofágica transtorácica
- Pancreatectomía distal con preservación de bazo
- Procedimientos de cirugía colorrectal seleccionados
- Linfadenectomías por neoplasia
- Suprarrenalectomía

Bibliografía:

1. Pigazzi A, Ellenhorn JD, Ballantyne GH, et al. Robotic-assisted laparoscopic low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer. *Surg Endosc.* 2006;20:1521-1525.
2. Baik SH, Kwon HY, Kim JS, et al. Robotic versus laparoscopic low anterior resection of rectal cancer: short-term outcome of a prospective comparative study. *Ann Surg Oncol.* 2009;16:1480-1487.
3. Kang J, Yoon KL, Min BS, Hur H, Baik SH, Kim NK, Lee KY. The Impact of Robotic Surgery for Mid and Low Rectal Cancer: A Case-Matched Analysis of a 3-Arm Comparison—Open, Laparoscopic, and Robotic Surgery. *Ann Surg.* 2013; 257:95-101.
4. D'Annibale A, Pernazza G, Monsellato I, Pende V, Lucandri G, Mazzocchi P, Alfano G. Total mesorectal excision: a comparison of oncological and functional outcomes between robotic and laparoscopic surgery for rectal cancer. *Surg Endosc.* 2013; 27:1887-1895.
5. Baek SJ, Kim CH, Cho Ms, Bae SU, Hur H, MinBS, Baik SH, Lee KY, Kim NK, Robotic Surgery for rectal cancer can overcome difficulties associated with pelvic anatomy. *Surg Endosc.* 2014, Aug 27 [Epub ahead of print]
6. C. Galvani, M. V. Goodner, P. Omelanczuck et al. Robotic-Assisted Heller Myotomy Versus Laparoscopic Heller Myotomy for the Treatment of Esophageal Achalasia. *J Gastrointest surg* 2005;9:1020-1030.
7. B.E. Snyder, T. Wilson et al. Robotic-Assisted Minimally Invasive Transhiatal Esophagectomy. *Robotic Surg.*
8. Robot-assisted parenchymal-sparing liver surgery including lesions located in the posterosuperior segments. L. Casciola, A. Patriti, G. Ceccarelli, A. Bartoli, C. Ceribelli, A. Spaziani. *Surg Endosc.*
9. M Daouadi, A. H. Zureikat, et al. Robot-Assisted Minimally Invasive Distal Pancreatectomy is Superior to the Laparoscopic Technique. *Annals of Surgery* 2013;257:128-132.
10. M. Frazzoni, R. Conigliaro, G. Colli, G. Melotti. Conventional versus robot-assisted laparoscopic Nissen fundoplication: a comparison of postoperative acid reflux parameters. *Surg Endoscop.* 2012; 26:1675-1681.