CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):495

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-243 - CIRUGÍA ROBÓTICA DEL PÁNCREAS: ESPLENOPANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL POR TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS

Tortolero Giamate, Laura[1]; Yagüe Adán, Sandra[1]; Pedraza Muñoz, Antonio[1]; Luengo Pierrard, Patricia[2]; Álvarez Álvarez, Javier[1]; Anchústegui Melgarejo, Pablo[1]; Olivares Pizarro, Sergio[3]; York Pineda, Elisa[4]

[1]Hospital Sanitas La Zarzuela, Madrid; [2]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; [3]Hospital de Parla, Madrid; [4]Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Presentar una cirugía de esplenopancreatectomía corporocaudal, mediante abordaje mínimamente invasivo asistido con robótica.

Introducción: Varón de 60 años hipertenso y diabético remitido por Digestivo por hallazgo en estudio rutinario de masa en cola de páncreas. En TAC abdominal y RMN se observa en el extremo distal de la cola del páncreas una lesión hipovascularizada de 25 mm de diámetro, espiculada, que crece hacia el hilio esplénico y contacta con la fascia pararrenal anterior. Produce obstrucción de la vena esplénica con circulación colateral a la porta, que es permeable. Hígado sin evidencia de lesiones focales en el TAC pero en la RMN se observan múltiples lesiones de 1-3 cm sugestivas de depósito secundario. Se realiza ecoendoscopia con biopsia de tumor neuroendocrino pancreático (TNEP) bien diferenciado. Se realiza octreoscan sin hallazgos que demuestren tejido patológico. Por lo que se realiza PET-TAC sin lesiones sospechosas en parénquima hepático. Lesión hipermetabólica en cola de páncreas (SUVmax 8,7), con diagnóstico de tumor neuroendocrino pancreático no funcionante, se decide intervención quirúrgica. Mediante cirugía robótica se realiza esplenopancreatectomía corporocaudal en bloque. Se realiza sección del páncreas, a nivel del cuello, con endogia vascular de 45mm. Ligadura de vasos esplénicos con hemolock. Sutura del muñón pancreático, se aplica Tisucol y Tachosil. Drenaje en celda pancreática. Biopsia hepática. Primeras 48 horas en UCI sin incidencias. De alta domiciliaria al 8º día postquirúrgico. La anatomía patológica definitiva fue Tumor Neuroendocrino Grado III

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

de cola de páncreas (pT2pN1) Ki 67 30%. Metástasis hepática por el mismo tumor. La cirugía mínimamente invasiva se ha convertido en el abordaje "*gold standard*" de la cirugía abdominal. Sin embargo, gran parte de la cirugía pancreática se sigue haciendo por laparotomía. La cirugía del páncreas es una de las más complejas dentro de las cirugías abdominales, debido a su localización retroperitoneal, a su íntima relación con vasos importantes y a su compleja reconstrucción. En nuestro vídeo mostramos una cirugía pancreática con abordaje laparoscópico asistido por robótica con buena evolución.

Discusión: La utilización de pruebas de imagen (TAC, RMN, gammagrafía, ecoendoscopia) con una mayor sensibilidad ha permitido que los TNEP sean diagnosticados más frecuentemente. El uso del PET-TAC tiene una mayor sensibilidad que la gammagrafía para detectar lesiones de pequeño tamaño. No obstante, no es del 100%. La cirugía es el tratamiento de elección para los TNEP. Existe una vasta experiencia en el abordaje laparoscópico para tumores inferiores a 3 cm, es segura en manos expertas y con baja tasa de complicaciones. No existen diferencias entre la cirugía robótica frente a la laparoscópica en términos de resultados. Sin embargo, la mejor visión, el mayor alcance y la libertad de movimientos ofrecen ventajas técnicas y docentes.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados