



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

O-165 - 10 AÑOS DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE PÁNCREAS. EXPERIENCIA Y RESULTADOS

M. Bellver Oliver, F. Rotellar Sastre, A. Benito Boillos, G. Zozaya Larequi, P. Martí-Cruchaga, J. Arredondo Chaves, P. Martínez Ortega, S. Ocaña García, C. Sánchez Justicia y F. Pardo Sánchez

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Resumen

Objetivos: Cumplidos 10 años de cirugía pancreática laparoscópica en nuestro Centro, nos proponemos revisar nuestra experiencia durante este tiempo.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía pancreática por vía laparoscópica desde febrero de 2003 a marzo de 2013. En todos los casos se mantuvieron las mismas indicaciones que las aceptadas para cirugía abierta. En caso de lesiones malignas de cuerpo-cola, se realizó una pancreatoesplenectomía radical anterógrada modular (RAMP). Se intervinieron 58 pacientes cuya mediana de edad fue de 58 años (22-76), el 36% fueron varones con IMC 25,3 (17,3-44,8), 55% ASA II y 41,3% ASA III. La mediana del tamaño de las lesiones intervenidas fue de 18 mm (6-150). Se realizaron 14 pancreatectomías centrales (PC), 25 distales con preservación de bazo y vasos (PD), 15 esplenopancreatectomías (PD +B), 10 de ellas según técnica de RAMP, 2 enucleaciones, 1 resección de uncinado (RU) y 1 técnica de Warshaw.

Resultados: La duración mediana global fue 309 min (60-529); PD 261 min (60-392), PD + B. 252 min (147-440), PC. 420 min (244-529), las enucleaciones 181,5 min (165-198), 433 en la técnica de Warshaw que incluyó adrenalectomía derecha y RU. 159 min. La estancia media fue de 4,5 días. Las altas más precoces, 2 días, correspondieron a las enucleaciones y la mayor estancia correspondió a las 14 PC (3-42 días). En 10 pacientes, 7 PC y 3 PD+B, con gran reacción inflamatoria peritumoral, se dejó drenaje un máximo de 4 días y un mínimo de 2. Las complicaciones (Dindo-Clavien II-IV) observadas fueron: 3 fugas pancreáticas, todas tras PC; 2 hemorragias que requirieron transfusión postoperatoria, 1 PC y 1 PD+B; 2 abscesos, 2 neumonías y 3 reintervenciones (2 laparoscopias) 1 tras PC y las otras tras PD; 5 reingresos, 2 por fiebre y 3 por colección postquirúrgica sintomática, sólo en 1 caso ha sido necesario reintervenir; 2 infecciones de herida. En estos 10 años ha habido 1 eventración de trocar de 15 mm. No hubo conversiones a cirugía abierta. 1 caso se requirió convertir a mano-asistida. No hubo mortalidad operatoria.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de páncreas es seguro y ofrece ventajas en el postoperatorio inmediato. El abordaje laparoscópico del páncreas presenta una baja tasa de conversión, nula mortalidad y corta estancia hospitalaria.