



VC-015 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA LAPAROSCÓPICA: UNA CARRERA DE OBSTÁCULOS

Di Martino, Marcello; Maqueda González, Rocío; Valdés de Anca, Álvaro; Correa Bonito, Alba; Martín-Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: En los últimos años algunos ensayos clínicos han cuestionado la seguridad y la reproducibilidad de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) laparoscópica con resultados controvertidos. Este abordaje se realiza en centros muy seleccionados, por cirujanos con experiencia en cirugía pancreática y laparoscópica que hayan seguido programas de formación en centros con mayor experiencia. Se presenta nuestra experiencia, paso por paso, en la DPC laparoscópica ilustrando nuestras incertidumbres y errores durante la curva de aprendizaje en la serie de casos realizados.

Casos clínicos: El abordaje inicial consiste en la sección del ligamento gastro-cólico y en el descenso del ángulo hepático que, salvo en pacientes con obesidad grave y con cirugías abdominales previas, no suele suponer un excesivo reto técnico. Proseguimos con la movilización del duodeno y de la cabeza del páncreas hasta exponer por completo la vena cava y la salida de la vena renal izquierda. Los factores que pueden dificultar esta fase son las adherencias locales debido a fenómenos inflamatorios y/o infiltración tumoral, así como la correcta exposición de la tercera porción duodenal que requiere una correcta coordinación de todo el equipo quirúrgico. En cuanto al abordaje del ligamento hepatoduodenal, la disección de la vía biliar, sobre todo en casos de colocación previa de prótesis, de la porta y la identificación y sección de la arteria gastroduodenal (AGD) puede resultar compleja especialmente en pacientes con importante circulación colateral a dicho nivel. La resección de la adenopatía de la arteria hepática (AH) puede ayudar a identificar la AGD y no confundirla con la AH propia. La dificultad de la disección de la vena mesentérica superior (VMS) y del cuello pancreático suele depender del grado de infiltración tumoral. En nuestro centro no se han considerado candidatos a un abordaje laparoscópico inicial aquellos pacientes con sospecha de infiltración vascular. Durante la sección del ligamento de Treitz y el descruzamiento duodenal hay que intentar no lesionar aquellas ramas pancreaticoduodenales situadas alrededor del proceso uncinado que pueden causar sangrados copiosos. La disección y sección de la lámina retroperitoneal representa probablemente el mayor reto técnico, sobre todo en pacientes oncológicos, debido al riesgo de importante sangrado intraoperatorio por un lado y a la necesidad de una disección minuciosa para asegurar la resección oncológica por el otro. En cuanto a la reconstrucción preferimos la pancreático-yejunostomía según de la técnica de Blumgart modificada, debido a la necesidad de un menor número de suturas. La hepato-yejunostomía se lleva a cabo con sutura continua en caso de vías biliares dilatadas o puntos sueltos en vías de calibre normal. La gastro-yejunostomía se lleva a cabo con sutura mecánica.

Discusión: La DPC laparoscópica es una técnica compleja pero factible y puede ser llevada a cabo por equipos con experiencia tanto en cirugía pancreática como en cirugía laparoscópica. El abordaje híbrido en casos de dudas sobre la minuciosidad de la resección oncológica o precisión de las anastomosis puede

resultar una alternativa válida sobre todo durante la curva de aprendizaje.