



V-019 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA MEDIANTE ABORDAJE HÍBRIDO (LAPAROSCÓPICO-LAPAROTÓMICO)

Roldán de la Rúa, Jorge; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Avila Soledad, Natalia; Ramos Muñoz, Francisco; Martos Rojas, Noemí; Eslava Cea, Yolanda; de Luna Díaz, Resi; Suárez, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es el tratamiento quirúrgico de elección para las neoplasias periampulares, duodenales y pancreáticas, siendo una cirugía de alta complejidad con una morbilidad considerable, en relación a complicaciones mayores como la fistula pancreática, pero sin despreciar las complicaciones relacionadas con la pared abdominal como la infección de herida quirúrgica y la hernia laparotómica. Actualmente, las ventajas del abordaje laparoscópico son incuestionables, sin embargo, la DPC puramente laparoscópica, por sus dificultades técnicas, aun no se considera una técnica factible en todas las instituciones, requiriendo de una gran curva de aprendizaje incluso en cirujanos laparoscópicos avanzados, por lo que es fundamental el aprendizaje secuencial dividido en dos tiempos, la fase exérética y la reconstructiva.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, con episodio de ictericia obstructiva en relación a tumoración ampular de 23 mm, con dilatación de vía biliar extrahepática de 15 mm y Wirsung de 1 mm, sin relación con estructuras vasculares ni enfermedad a distancia. Se realiza TAC toracoabdominal y eco endoscopia con biopsia que confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de la ampolla de Vater. Planteamos una duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica en asa única con anastomosis pancreatogástrica (técnica Umbrella) mediante abordaje híbrido con una primera fase de exéresis laparoscópica, seguida de un segundo tiempo de reconstrucción mediante una minilaparotomía media. Con paciente en decúbito supino y posición francesa, empleando 5 puertas de entrada, se accede a la transcaudad de los epiplones, para posteriormente realizar una maniobra de Kocher ampliada para levantar el bloque duodenopancreático del retroperitoneo e identificar tercera porción duodenal, continuando con la decusación duodenal. Identificación de vena mesentérica superior y túnel retropancreático para la sección a nivel del cuello pancreático. Linfadenectomía oncológica estándar de hilio hepático y sección duodenal pospilórica. En relación a la reconstrucción destacamos la realización de una anastomosis pancreatogástrica tutorizada con Wirsung de 1 mm y páncreas de consistencia blanda, según técnica Umbrella con sutura barbada. Se dejó drenaje retirado al 3º día postoperatorio tras comprobación mediante amilasa ausencia de fistula pancreática. No hubo complicaciones postoperatorias, siendo dado de alta al 6º día.

Discusión: A pesar del mayor tiempo quirúrgico en la técnica híbrida, se consigue una menor pérdida sanguínea, una disección más precisa, un menor tiempo hospitalario y una recuperación más temprana, en definitiva, una menor morbimortalidad con idénticos resultados oncológicos.