CIR ESP. 2021;99(Espec Congr 2):1199

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-068 - RESECCIÓN EN LA PANCREÁTICODUODENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. LA ESTANDARIZACIÓN DE LA TÉCNICA (CON VÍDEO)

Guerrero Ortiz, María Alejandra; Ielpo, Benedetto; Burdío Pinilla, Fernando; Sánchez Velásquez, Patricia; Tellez Márquez, Clara; Martínez Solà, Ana; Grande Posa, Luis; Pera Román, Miguel

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La pancreatectomía mínimamente invasiva ha incrementado en el mundo durante la última década. A pesar del refinamiento de la técnica, la pancreaticoduodenectomía laparoscópica (LPD) es un desafío técnico y la estandarización de la técnica podría aumentar su implementación, mejorar resultados oncológicos y disminuir complicaciones posoperatorias. Presentamos aquí una técnica que incluye pasos técnicos del proceso de resección y vídeo para el Adenocarcinoma de cabeza pancreática.

Métodos: Posición supina, piernas separadas y Trendelenburg invertido. Neumoperitoneo de 12 mmHg por puerto supraumbilical de 12 mm e inserción de cinco trócares adicionales. 1. División del ligamento gastrocólico, preservando los vasos gastroepiploicos. 2. Disección de medial a lateral, hasta disección y división de los vasos gastrocólicos en su origen. 3. Movilización del ángulo hepático del colon y luego maniobra de Kocher amplia que finaliza al observar la vena cava inferior y la vena renal izquierda. Apertura del espacio inframesocólico para movilizar la primera asa yeyunal. 4. Elevación del hígado con una sutura percutánea incluyendo el ligamento falciforme. Apertura del omento menor y posterior, sección del antro gástrico. Apertura del hilio hepático hasta la arteria hepática común y la arteria gastroduodenal, que se rodea con un *vessel-loop* y se coloca un hemo-o-lock para seccionarse. Colecistectomía y disección de la vía biliar, colocación del *vessel-loop* proximal al origen del conducto cístico y sección. Linfadenectomía estándar, con atención por la arteria hepática común hasta el origen de los vasos gástricos izquierdos. 5. Apertura del borde inferior pancreático hasta la vena mesentérica superior parcialmente separada del páncreas. El borde superior se secciona sobre el tejido liso alrededor de la vena porta. Apertura del túnel retropancreático. Maniobra de suspensión del páncreas. 6. Movilización hacia el espacio inframesocólico. El ligamento de Treitz y la primera porción yeyunal se seccionan. Posteriormente los bordes son unidos con una sutura y movilización de la porción distal del yeyuno al espacio supramesocólico, posterior a los vasos mesentéricos superiores. 7. El cuello del páncreas se divide teniendo precaución con el conducto pancreático. El remanente pancreático es parcialmente movilizado para facilitar la anastomosis. 8. Disección del proceso uncinado con maniobras suaves y uso de dispositivos de energía. La hemorragia mesopancreática puede ser dificultosa por lo que recomendamos usar dispositivos de ablación. La disección es de superficial a profundo buscando el borde superior de la vena mesentérica. Abordaje de la arteria mesentérica superior, seccionando inserciones del mesopáncreas. Las arterias pancreático-duodenales se seccionan con dispositivos de

energía, alternativa a la ligadura. Disección del mesopancreas desde inferior siguiendo el borde de la arteria mesentérica superior. Finalizando con la sección transversal del conducto biliar.

Conclusiones: Presentamos una técnica estandarizada y reproducible de la LDP con consejos que podrían incrementar su implementación. Esta técnica requiere experiencia tanto en cirugía pancreática como en laparoscopia avanzada, incluidas disección y sutura. Siguiendo los pasos presentados, es posible lograr un LDP seguro y reproducible. Creemos que la estandarización es la clave para la resección pancreática laparoscópica segura con bajas tasas de conversión, y por lo tanto, aumentar la implementación de la misma.

0009-739X © 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados