



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-242 - INICIO DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA PANCREÁTICA ROBÓTICA: NUESTRA CURVA DE EVOLUCIÓN

Muriel Álvarez, Pablo; Escartín Arias, Alfredo; Vela Polanco, Fulthon Frank; Jara Quezada, Jimmy Harold; Salvador Rosés, Helena; López Soler, Guillermo; Salazar, Mar; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: En cáncer de páncreas es una de las enfermedades oncológicas con peor pronóstico, el momento del diagnóstico únicamente un 20% de los pacientes son operables. La cirugía del cáncer de páncreas es el único tratamiento curativo demostrado hasta la fecha pero supone una intervención agresiva con una tasa de morbilidad de hasta el 40% y una mortalidad de entorno al 10% según las series, es por ello que se trata de una cirugía compleja que requiere de destreza y recursos para poder llevarla a cabo. En la era de la cirugía mínimamente invasiva, parece que la cirugía pancreática, y en concreto la duodenopancreatectomía cefálica, por su complejidad se ha resistido a establecerse como la vía de elección. La cirugía robótica ha permitido superar las limitaciones de la cirugía laparoscópica aportando ventajas en el control de disección, visión magnificada e inmersiva, 7 grados de libertad de movimiento... ello aporta facilidades para realizar cirugías complejas de manera mínimamente invasiva.

Objetivos: Presentar la experiencia y curva evolutiva en cirugía pancreática robótica en un mismo centro.

Métodos: Desde febrero 2020 se han realizado un total de 32 cirugías pancreáticas robóticas, 17 corporocaudales y 15 duodenopancreatectomías cefálicas (14 de ellas la parte resectiva y 1 completamente robótica). Analizando por procedimiento: 17 pancreatectomías corporocaudales 10 mujeres y 7 hombres, con una estancia media de 8, 13 días, con un tiempo quirúrgico medio de 259 min. con una morbilidad del 50% (siendo IIIa o inferior en el 70% de los casos), únicamente un paciente falleció. Se realizaron 15 duodenopancreatectomías cefálicas 7 varones y 10 mujeres, el 70% de la morbilidad presentada en la serie es leve-moderada (Clavien III o inferior) Con una mortalidad del 13%, pero cabe destacar que 1 de los dos pacientes fallecidos fue súbita y causa no determinada en autopsia clínica.

Conclusiones: Nuestra unidad inició el programa de cirugía pancreática realizando inicialmente 10 procedimientos de pancreatectomías corporocaudales, con ello adquirimos el manejo de la vía robótica adaptado a la cirugía pancreática, en ese momento planteamos iniciarnos en la duodenopancreatectomía cefálica de forma escalonada, realizando de entrada únicamente la parte resectiva, hasta conseguir un tiempo quirúrgico óptimo y una seguridad oncológica aceptada para poder dar el paso en completar la duodenopancreatectomía cefálica completamente robótica,

analizando esta evolución vemos que en las primeras 8 duodenopancretectomías cefálicas (parte resectiva) empleábamos un tiempo de 269 minutos, es a partir de la octava duodenopancreatectomía cefálica que observamos una clara disminución del tiempo quirúrgico con un tiempo medio de 197,5 min en la parte resectiva, en ese punto consideramos que dominábamos la parte inicial y se decidió iniciarse en la cirugía completamente robótica con un tiempo de 360 minutos. La cirugía pancreática mínimamente invasiva vía robótica es factible, reproducible y segura con un programa adecuado y planificado de forma progresiva.