



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-250 - PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA, REINTERPRETANDO LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PANCREÁTICA

Espín Álvarez, Francisco¹; García-Domingo, Marible²; Pardo Aranda, Fernando¹; Navinés López, Jordi¹; Herrero Fonollosa, Eric²; Cremades Pérez, Manel¹; Zárate Pinedo, Alba¹; Cugat Andorrà, Esteban¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ²Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Introducción y objetivos: La pancreatectomía distal (PD) mínimamente invasiva (MIS) está actualmente bien establecida, ya sea mediante técnica laparoscópica (PDL) o robótica (PDR). El abordaje robótico, se está imponiendo como una opción segura y factible. El propósito de este estudio es presentar nuestra experiencia en este campo en una Unidad de cirugía mínimamente invasiva de alto volumen. Se analizan las características clínico-patológicas, los resultados perioperatorios y oncológicos. Los procedimientos robóticos han sido realizados en función de la disponibilidad del robot.

Métodos: Entre enero de 2018 y marzo de 2023 se han realizado en dos centros de alto volumen 1.173 procedimientos en patología hepatobiliopancreática (HPB), de los cuales el 73% se realizó mediante MIS. El programa de cirugía robótica HPB iniciado en abril de 2018 cuenta con 259 procedimientos realizados (86 casos de cirugía pancreática robótica). De un total de 98 PD realizadas en este periodo, se realizaron 69 casos (70,4%) mediante MIS, 42 PDL y 27 PDR (da Vinci Xi). Se evalúa la experiencia de ambos procedimientos y el valor del abordaje robótico. Se analizan en detalle los casos de conversión. Ambos grupos son similares respecto a edad, sexo e IMC, siendo la tasa de pacientes operados por adenocarcinoma de 20/42 casos (47,6%) en el grupo PDL y de 12/27 casos (44,4%) en el grupo PDR ($p = ns$). El tiempo operatorio y la estancia hospitalaria, fue de 201,2 (DE 47,8) y 247,54 (DE 35,8) minutos, y de 6 (5-34) y 5,6 (5-22) días, respectivamente.

Resultados: La tasa de preservación esplénica fue de 0 casos en el grupo PDL y de 4 casos (14,8%) en el grupo PDR. La tasa de conversión y de reintervención fue de 4 (9,6%) y 4 casos (14,8%), y de 2 (4,8%) y 1 caso (3,7%), respectivamente ($p = ns$). La tasa de fístula pancreática tipo B/C y de reingresos fue de 4 (9,6%) y 5 (18,5%) casos, PDL vs. PDR y de 3 (11,1%) y 6 (22,2%) casos, respectivamente ($p = ns$). La mortalidad fue de un caso en el grupo PDR (3,7%). No se han observado diferencias en el número total de ganglios aislados, con una mediana de 7,6 ganglios (5-10) en el grupo PDL y de 10,3 (7-15) en el grupo PDR ($p = ns$). La tasa de resecciones R0 fue mayor en el grupo robótico (77,1 vs. 90,9%) alcanzando la significación estadística, $p = 0,04$.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la pancreatectomía distal laparoscópica y robótica es un procedimiento seguro y factible en pacientes bien seleccionados. Probablemente la cirugía robótica ofrece ventajas prácticas sobre el abordaje laparoscópico, especialmente en la disección de vasos, obteniendo una mayor, y estadísticamente significativa, tasa de R0 en nuestra serie. Se sugiere que la PDR podría ser el abordaje de elección en la pancreatectomía corporocaudal, no siendo inferior a la PDL.