



VC-059 - DPC TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA: SISTEMATIZACIÓN DE PASOS PARA MINIMIZAR LAS COMPLICACIONES

Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Pérez Alonso, Alejandro José; Zambudio Carroll, Natalia; Villegas Herrera, María Trinidad; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La pancreatoduodenectomía laparoscópica (DPL) fue descrita por primera vez por Gagner y Pomp en 1994, y desde entonces, ha ido ganando popularidad. Se trata de un procedimiento complejo que se utiliza para tratar afecciones del páncreas, duodeno y vía biliar. Se ha demostrado que el abordaje laparoscópico de esta técnica ofrece varias ventajas sobre la técnica abierta, incluyendo: menor pérdida hemática, menor dolor posoperatorio, menor tiempo de hospitalización y una recuperación más rápida. Proponemos los detalles de un abordaje totalmente laparoscópico para la realización de una DPL con minimización de las complicaciones.

Métodos: Situados en posición francesa, se inicia la intervención con la creación de neumoperitoneo mediante aguja de Veress hasta alcanzar los 12 mmHg. Se colocan 5 trócares formando una “V”. Comenzamos con la liberación de la curvatura mayor gástrica para la exposición pancreática. Tras la apertura del epiplón menor, se realiza la transección gástrica a 3 cm del píloro con endograpadora. Se lleva a cabo la maniobra de Kocher mediante disección ultrasónica para la liberación duodenal. Identificamos el cuello pancreático y procedemos a la creación del túnel retropancreático hasta sobrepasar al borde superior, dejando posteriores los vasos mesentéricos superiores. Durante esta maniobra, los pequeños vasos tributarios se controlan mediante hem-o-lok o con coagulación ultrasónica para evitar su lesión, la cual conduciría a una hemorragia que podría condicionar convertir a cirugía abierta. Comenzamos con la disección del hilio hepático. Se identifican los elementos principales, con ligadura y sección de la arteria gastroduodenal y la pilórica entre hem-o-lok. Completamos la linfadenectomía del hilio. Procedemos a tutorizar el túnel retropancreático con una cinta para facilitar la tracción. Colecistectomía con ligadura de la arteria cística con coagulación ultrasónica y hem-o-lok. El conducto cístico no se secciona para la extracción de la pieza en bloque. Liberación de la cuarta porción duodenal a nivel del ángulo de Treitz. Sección del yeyuno proximal, liberación del mismo hasta el Treitz, completándose de esta forma la liberación del duodeno permitiendo el descruzamiento duodenal. Se inicia la transección pancreática mediante energía ultrasónica y posteriormente se libera el resto de la cabeza y proceso uncinado. Terminamos esta primera fase de resección con la sección del conducto hepático. Antes de comenzar con el montaje, tutorizamos el conducto de Wirsung. Se procede al ascenso del asa yeyunal transmesocólica, asegurando la ausencia de tensión del meso. Anastomosis hepaticoyeyunal (HY) manual con dos hebras de sutura barbada de monofilamento irreabsorbible de 3/0. Anastomosis pancreaticoyeyunal (PY) mediante cuatro puntos cardinales de monofilamento irreabsorbible del 4/0 y dos suturas continuas anterior y posterior de monofilamento barbado irreabsorbible de 3/0. Se deja colocado un drenaje aspirativo plano a nivel de cara posterior de la anastomosis HY y PY. Finalmente, se realizan las anastomosis gastroyeyunal y yeyunoyeyunal mecánicas con cierre posterior del ojal con sutura

barbada.

Conclusiones: La DPL es un procedimiento complejo pero seguro en manos de un equipo quirúrgico altamente capacitado y experimentado, con la necesidad de una planificación cuidadosa previa intervención para garantizar que se puedan abordar todas las estructuras anatómicas.