



VC-061 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA ROBÓTICA CON OBLITERACIÓN DE WIRSUNG

Torres Díaz, Mónica; Santos Vieitez, Lucía; Aguirrebalaga González, Javier; Noguera Aguilar, José Francisco; Guerreiro Caamaño, Aloia; Rodríguez Rojo, Sergio; López Domínguez, Carlota

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: Presentaremos el caso de una mujer de 66 años, con una estenosis crítica de colédoco distal, sospechoso de malignidad, con resultado citológicos no concluyentes, por lo que se decide cirugía primaria, realizando duodenopancreatectomía cefálica robótica con obliteración de Wirsung.

Caso clínico: Mujer de 66 años, como antecedentes personales relevantes: hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, que ingresa en el Servicio de Digestivo para completar estudios diagnósticos tras historia de dolor abdominal de un mes de evolución y patrón de colestasis disociada en analíticas sanguíneas. Durante el ingreso, se realiza colangioRMN, identificando una estenosis crítica en colédoco distal. Se realizan dos CPRE, para colocación de prótesis biliar y toma de biopsia, con resultados no concluyentes, por lo que se realiza coledoscopia/spyglass, identificando neoformación infiltrante de colédoco distal, con resultado de atipia sospechosa de malignidad en la citología, por lo que se decide cirugía primaria. En la exposición del vídeo se describe la técnica quirúrgica de la duodenopancreatectomía cefálica, mediante disección en sentido antihorario, iniciando la intervención por el acceso a la cavidad de los epiplones para la liberación y sección gástrica a nivel del antró. Disección de hilio hepático, referenciando arteria, vena porta y vía biliar, para completar linfadenectomía. Tras la ligadura de arteria gastroduodenal, se realiza maniobra de Kocher. Tunelización retropancreática sobre VMS a nivel de cuello pancreático. Identificación de ángulo de Treitz y disección del mismo, para seccionar el primer asa yeyunal a unos 15 cm del mismo. Posteriormente se realiza la sección pancreática con electrocoagulación. Se completa cirugía con sección de vía biliar y colecistectomía. En la fase reconstructiva, y ante hallazgos de intensa esteatonecrosis en cabeza pancreática y Wirsung estrecho, se decide la obliteración del mismo. Finalmente se realizan anastomosis hepático yeyunal, previa colocación de prótesis biliar, gastroyeyunal y por último yeyuno-yeyunal para confección del pie de asa. Se posicional dos drenajes (derecho e izquierdo), subhepáticos y en lecho pancreático.

Discusión: El posoperatorio cursa sin incidencias relevantes. Se identifica elevación de amilasa en drenaje intraabdominal, con débito decreciente durante el ingreso y nulo tras 10 días de la intervención. Se completan pruebas complementarias que descartan complicaciones. La paciente es dada de alta al decimoséptimo día posoperatorio.