



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## VC-077 - PANCREATODUODENECTOMÍA ROBÓTICA SIMULTÁNEA A RESECCIÓN HEPÁTICA. ANASTOMOSIS EN CASO DE ALTO RIESGO DE FÍSTULA PANCREÁTICA

Ielpo, Benedetto; Vellalta, Gemma; Sánchez-Velázquez, Patricia; Burdio, Fernando

Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Actualmente siempre más centros están incorporando la tecnología robótica en cirugía general y hepatobiliar. El abordaje robótico de la técnica de pancreatoduodenectomía está suscitando siempre más interés debido a las ventajas propias del robot que permite una mejor disección y anastomosis comparada con la técnica laparoscópica. El objetivo de este vídeo es mostrar los pasos más importantes de este procedimiento y sobre todo el tipo de anastomosis que realizamos, adaptada a un páncreas con alto riesgo de fistula pancreática.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente de 69 años con antecedentes de diabetes tipo I, que presenta un tumor neuroendocrino de 3 cm en la cabeza del páncreas y con una metástasis hepática única en el segmento V de 2 cm. En este vídeo describimos los pasos más importantes de la técnica de pancreatoduodenectomía robótica, estandarizada en nuestro centro, que incluye la resección hepática. El páncreas es *soft* con un ducto pancreático 2 mm por lo que, para reducir el potencial debito biliar por una posible fuga pancreática, se coloca un tubo de Kehr transanastomosis hepático-yejunal tipo Blumgart modificada. La cirugía duró unos 460 minutos. En el post operatorio el paciente presentó una fistula pancreática tipo A y el tubo de Kehr se cerró tras la resolución de la fistula pancreática y su retirada se realizó a los 40 días de la intervención tras control colangiográfico.

**Discusión:** El abordaje robótico facilita este tipo de procedimiento complejo. La colocación de un tubo de Kehr trans anastomótico puede ser una herramienta a considerar para reducir el flujo biliar por una potencial fistula pancreática en caso de alto riesgo.