



VC-088 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UNA COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA ABIERTA: RESOLUCIÓN DE ESTENOSIS GASTROYEYUNAL TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA MEDIANTE ANASTOMOSIS EN Y DE ROUX

Sanz Ongil, Ramón; Viamontes Ugalde, Francisco Eduardo; Valdés De Anca, Álvaro; Salvador Camarmo, Guillermo; Muñoz Sanz, Sara; Montalbán Ayala, Paula; Arellano Plaza, Paloma; Martín Pérez, Elena

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es un procedimiento ampliamente utilizado en procesos oncológicos que afectan al páncreas proximal y estructuras adyacentes. Existen variaciones en la reconstrucción de tránsito intestinal en este procedimiento, siendo la reconstrucción tipo Child una de las más utilizadas. Este tipo de reconstrucción, en ausencia de técnicas de preservación pilórica, requiere de la confección de una anastomosis gastroyeyunal. Entre las complicaciones posoperatorias asociadas, encontramos la estenosis anastomótica con dificultad para una correcta nutrición y vaciado gástrico. La complejidad técnica de la reintervención de este tipo de pacientes unido al síndrome adherencial derivado de los procedimientos quirúrgicos abiertos, hace que el abordaje mínimamente invasivo de este tipo de pacientes, no sea el más frecuentemente utilizado.

Caso clínico: Paciente de 68 años, fumador con un índice IPA de 20 paquetes-año e hiperplasia benigna de próstata diagnosticado de adenocarcinoma ductal de cabeza pancreática moderadamente diferenciado pT3N1M0, que requirió intervención tipo DPC y tratamiento adyuvante. Refiere pesadez postprandial y distensión epigástrica desde los 6 meses posteriores a la cirugía con pérdida de peso de 10 kg en un año. Se realiza estudio endoscópico, donde se observa importante retención alimenticia gástrica, así como una úlcera de la boca anastomótica. Las biopsias tomadas de dicha lesión y la tomografía computarizada descartan recidiva tumoral. Se realiza manejo conservador del proceso sin obtener resultados satisfactorios, por lo que se decide abordaje quirúrgico por estenosis de la anastomosis gastroyeyunal refractaria al tratamiento médico. Intervención quirúrgica (Vídeo): Acceso laparoscópico abierto utilizando trócar tipo Hasson umbilical, 12 mm pararrectal derecho, 5 mm en flanco derecho e izquierdo y 15 mm suprapúbico. Se realiza lisis adherencial y disección de la anastomosis gastroyeyunal de la cirugía previa con liberación de las asas aferente y eferente, así como del estómago. Se procede a la resección de la gastroyeyunostomía en pantalón, completando gastrectomía $\frac{3}{4}$ y posterior anastomosis gastroyeyunal laterolateral mecánica con la antigua asa eferente. Pasando a convertirse en el asa alimentaria de la nueva anastomosis en Y de Roux. Se confecciona el pie de asa laterolateral mecánico a 30 cm de la anastomosis gastroyeyunal entre la antigua asa eferente, que pasa a convertirse en el asa biliopancreática, y el asa alimentaria. Se cierran la brecha mesentérica y el paso transmesocólico para evitar aparición posterior de procesos herniarios. El posoperatorio discurre sin complicaciones reseñables con restauración de la dieta oral, siendo dado de alta a los 5 días de la intervención. El paciente continúa asintomático 5 años después de la intervención.

Discusión: Las ventajas de un abordaje mínimamente invasivo realizado en manos expertas, obtiene resultados similares pero con una menor estancia hospitalaria y una mejor recuperación y calidad de vida tras la intervención. Es importante, el entrenamiento e implementación de este tipo de abordaje no solo en las intervenciones primarias, sino también, en las reintervenciones, ofreciendo una mejor calidad en el tratamiento de nuestros pacientes con los mismos resultados, pero con las ventajas de una intervención menos agresiva.