CIR ESP. 2025;103(S2):S454

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-094 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA ROBÓTICA: ENFOQUE DETALLADO DE LA FASE RECONSTRUCTIVA

Estébanez Peláez, Guillermo; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; González de Godos, Andrea; Veleda Belanche, Sandra; Maestro de Castro, José Luis; López Herreros, Javier; Pinto Fuentes, María Pilar; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: La cirugía pancreática representa un desafío en la era de la cirugía mínimamente invasiva. La delicadeza de la disección por las relaciones anatómicas del páncreas, así como la complejidad de la reconstrucción, implica cierta reticencia a adoptar la técnica laparoscópica incluso entre los cirujanos más expertos. El desarrollo de la plataforma robótica con instrumentos de endomuñeca, visión tridimensional y mejor ergonomía ha creado un interés renovado en la cirugía pancreática mínimamente invasiva. El objetivo de este vídeo es mostrar las ventajas del robot en la fase reconstructiva de una duodenopancreatectomía.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 52 años, con antecedente de cáncer de mama intervenido y en actual tratamiento adyuvante. A raíz del seguimiento del cáncer de mama, se detecta una neoplasia en istmo-cabeza de páncreas. La paciente estaba asintomática. Se realizó un Octreoscan, que reveló una tumoración pancreática con alta expresión de receptores de somatostatina. Posteriormente, mediante una ecoendoscopia, (en la cual se observó una tumoración en istmo-cabeza de páncreas, sin infiltración de otras estructuras) se tomó una PAAF, con hallazgos de tumor neuroendocrino bien diferenciado. Se programó una intervención quirúrgica. El tiempo de la intervención fue de 350 minutos. Se realizó un abordaje robótico con 4 trócares robóticos (12 mm y 3 de 8 mm), un trócar de 5 mm (separador hepático) y un trócar asistente de 10 mm. Se realizó la fase resectiva, con una linfadenectomía completa del hilio hepático incluyendo ganglios de la arteria hepática propia y común y retroportales. La sección del páncreas se realizó con tijera, visualizando un Wirsung de 3-4 mm. Posteriormente, se realizó la reconstrucción en un solo asa: pancreatoyeyunostomía en dos planos: externo con sutura barbada de 3/0 e interna con anastomosis ductomucosa con irreabsorbible de 6/0, tutorizada con un catéter de 6F. Hepaticoyeyunostomía T-L tutorizada con catéter de 6F, realizando dos suturas continuas (cara anterior y posterior) con absorbible a medio plazo de 4/0. Gastroyeyunostomía L-L mecánica en cara anterior. Se dejó un drenaje aspirativo subhepático. La pieza se extrajo por el puerto accesorio. En el posoperatorio presentó una fístula pancreática de grado A, que se resolvió al quinto día, día en que fue dado de alta sin otras complicaciones. La anatomía patológica reveló un tumor neuroendocrino de bajo grado, T2N1.

Discusión: En el vídeo presentado, pretendemos mostrar las ventajas que ofrece la plataforma

robótica en la fase reconstructiva de la duodenopancreatectomía cefálica. Como puede comprobarse, se podría equiparar a la técnica por vía abierta, mejorando incluso la visión, y por supuesto, mejora en todos los aspectos a la vía laparoscópica. Además, se trata de una técnica reproductible y sin diferencias en resultados de complicaciones ni oncológicos.

0009-739X © 2025 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados