



www.elsevier.es/cirugia

V-026 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR LAPAROSCOPIA 3D EN PACIENTE CON TRONCO ARTERIAL CELIACO-MESENTÉRICO COMÚN

Herrero, Eric; García Domingo, María Isabel; Camps, Judith; Martínez de la Maza, Lilia; Verdaguer, Marta; Pedrerol, Ares; Tur, Jaume; Cugat, Esteve

Hospital Universitari MutuaTerrassa, Terrassa.

Resumen

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es el tratamiento quirúrgico de neoplasias ampulares, duodenales o pancreáticas y se trata de una cirugía de alta complejidad que debe de ser realizada en centros especializados. En los últimos años, los avances quirúrgicos en la laparoscopia han permitido utilizar esta herramienta en prácticamente todas las cirugías. Sin embargo, la DPC asistida por laparoscopia, por sus dificultades técnicas aun no es aceptada como una técnica factible en todas las instituciones. En este tipo de cirugía se debe de tener especial cuidado en las variantes anatómicas vasculares y, de todas estas variantes, el origen común del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior, se ha descrito sólo en un 1% de la población.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 67 años que ingresa para estudio de ictericia obstructiva. Se realiza RMN que informa de dilatación arrojada de la vía biliar intra y extrahepática, así como el conducto de Wirsung hasta la región de la papila sin evidenciar causa de la obstrucción. Se complementa estudio con ecoendoscopia que observa lesión nodular sólida hipoeocoica a nivel de la papila duodenal 18 × 13 mm compatible con proceso neoformativo. Estudio de extensión negativo y AngioTAC abdominal que observa variante anatómica arterial con tronco común celiaco-mesentérico. En este vídeo se presenta la resección quirúrgica así como la reconstrucción por laparoscopia. Se accede a transcavidad de epiplones y se realiza antrectomía con EndoGIA. Identificación de vena mesentérica superior y paso retropancreático en istmo de páncreas. Se realiza maniobra de Kocher. Disección de vía biliar y arteria hepática hasta llegar a tronco común celiaco-mesentérico. Disección de vena porta. Descruce yeyunal y sección yeyunal. Sección de vía biliar y del páncreas completando duodenopancreatectomía. Reconstrucción según técnica de Child con Wirsung-yeyunostomía termino-lateral tutorizada en 2 planos con sutura barbada, hepático-yeyunostomía termino-lateral y gastroyeyunostomía latero-lateral antecólica. Extracción de pieza por incisión de asistencia supraumbilical de 5 cm. El paciente presenta un postoperatorio correcto con amilasas negativas por lo que se retiran drenajes a los 4 días, sin complicaciones y estancia hospitalaria de 8 días. Anatomía patológica adenocarcinoma intestinal sin infiltrar muscularis (Estratificación TNM: T1 N0/15 M0).

Discusión: La DPC sin preservación pilórica por laparoscopia es una técnica factible que se puede realizar a pesar de las variantes anatómicas arteriales. Sin embargo, se deben mantener en dicha técnica quirúrgica los mismos principios oncológicos que la cirugía convencional y debe realizarse en centros especializados con gran experiencia tanto en cirugía hepatobiliopancreática como en cirugía mínimamente invasiva.