



# Cirugía Española



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

## V-004 - TIME'S UP: PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA REALISTA

Garcilazo Arismendi, Dimas Javier<sup>1</sup>; Sarriugarte Lasarte, Aingeru<sup>2</sup>; Makkai Popa, Silviu<sup>3</sup>; Pascotto, Beniamino<sup>3</sup>; de Blasi, Vito<sup>3</sup>; Goergen, Martine<sup>3</sup>; Azagra Soria, Juan Santiago<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; <sup>2</sup>Hospital Universitario Cruces, Bilbao; <sup>3</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo.

### Resumen

**Introducción:** La pancreaticoduodenectomía (PD) es el tratamiento de elección en los tumores de cabeza de páncreas y duodeno. Se trata de una cirugía técnicamente exigente tanto por la complejidad de la resección como por la necesidad de realizar múltiples y minuciosas anastomosis. Dicha intervención está además gravada con importante morbilidad lo que la convierte en una de las intervenciones más respetadas por los cirujanos digestivos. No obstante, la aplicación de las técnicas mini-invasivas en la PD es factible y segura; sin impacto en la radicalidad oncológica, siempre y cuando se haga una adecuada selección de pacientes y sea realizada por cirujanos experimentados, con el material y equipo quirúrgico adecuados.

**Objetivos:** Demostrar nuestra técnica quirúrgica de pancreaticoduodenectomía totalmente laparoscópica, así como probar la factibilidad de la misma, su seguridad y radicalidad oncológica, respetando los fundamentos básicos de la técnica clásica.

**Métodos:** Presentamos un vídeo en alta definición de nuestra técnica de "Pancreaticoduodenectomía totalmente laparoscópica". Nuestra técnica inicia con el descenso del ángulo hepático colónico, maniobra de Kocher amplia, maniobra de "hanging" pancreático, disección vascular y linfadenectomía extensa. La reconstrucción se realiza mediante un montaje de Child, realizando una pancreaticoyeyunostomía tutorizada con sutura continua barbada (V-Lock) 3-0, hepaticoyeyunostomía tutorizada con sutura continua de PDS 5/0 y gastroyeyunostomía postero-lateral semi-mecánica lineal. Para describir la técnica y demostrar la factibilidad de este procedimiento, presentamos como ejemplo un vídeo sobre una paciente de 35 años, obesa (IMC de 38,5) y diagnosticada de síndrome de Lynch. Habiendo consultado por dolor epigástrico postprandial y pérdida de 4 kg de peso, es diagnosticada mediante gastroscopia de una tumoración ulcerada y estenosante de 2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> porción de duodeno, con resultado anatómo-patológico de adenocarcinoma mucinoso. Se completa estudio mediante TAC y PET que no aprecian progresión local ni extensión a distancia, pero alertan de la existencia de una arteria hepática derecha con proveniencia de la mesentérica superior. Valorado el caso en comité de tumores, se decide pancreaticoduodenectomía totalmente laparoscópica con linfadenectomía extensa. El tiempo quirúrgico total fue de 320 min, con un sangrado intraquirúrgico calculado de 200 cc. Presentó una estancia hospitalaria total de 7 días, incluyendo la primera noche en cuidados intensivos. Comenzó la tolerancia oral la noche de la intervención y dieta oral adaptada y deambulación desde el 1<sup>er</sup> día postoperatorio; los drenajes se retiraron al 4<sup>o</sup> día tras valoración de la normalidad de los niveles de amilasa. A los 30 días la paciente fue valorada en consultas, encontrándose asintomática, con adecuada ingesta oral, tránsito intestinal normal y analítica normal. La anatomía patológica confirmó un adenocarcinoma mucinoso,

pobremente diferenciado de duodeno, con invasión de grasa periduodenal (pT3) y 4 adenopatías positivas de 24 (pN2), con márgenes quirúrgicos libres de enfermedad.

**Conclusiones:** La pancreaticoduodenectomía totalmente laparoscópica en una técnica quirúrgica factible y segura siempre que se realice en pacientes y casos seleccionados, por un equipo quirúrgico experimentado en técnicas de cirugía mínimamente invasivas. Dicha técnica, mantiene los estándares oncológicos de la intervención clásica y aporta las ventajas de la mini-invasión, permitiendo una mejor recuperación postoperatoria sin aumento de los riesgos perioperatorios.