



## P-272 - PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA, ESTAMOS EN EL BUEN CAMINO. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE ALTO VOLUMEN

Espín Álvarez, Francisco<sup>1</sup>; García-Domingo, Maribel<sup>2</sup>; Vidal Piñeiro, Laura<sup>1</sup>; Pardo Aranda, Fernando<sup>1</sup>; Navinés López, Jordi<sup>1</sup>; Herrero Fonollosa, Eric<sup>2</sup>; Camps Lasa, Judith<sup>2</sup>; Cugat Andorrà, Esteban<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Hospital Mutua, Terrassa.

### Resumen

**Introducción:** La pancreatectomía distal mínimamente invasiva (MIS) está actualmente bien establecida, siendo este el abordaje de elección, ya sea mediante técnica laparoscópica o robótica.

**Objetivos:** El propósito de este estudio es presentar la experiencia y valorar si existen diferencias entre la pancreatectomía corporoaudal mediante abordaje laparoscópico y robótico.

**Métodos:** Se ha realizado un análisis por intención de tratamiento entre pancreatectomías distales laparoscópica y robóticas entre enero de 2018 y abril de 2022. En este periodo se han realizado un total de 83 pancreatectomías distales, de las cuales 57 casos (68,7%) han sido mediante MIS, 35 procedimientos laparoscópicos (PDL) y 22 procedimientos mediante la plataforma robótica da Vinci Xi (PDR). Ambos grupos son similares respecto a edad, sexo e IMC, siendo la tasa de pacientes operados por adenocarcinoma de 14/35 casos (40%) en el grupo PDL y de 9/22 (40,9%) en el grupo PDR, p = ns.

**Resultados.** El tiempo quirúrgico medio en las PDL y PDR fue de 201,2 (DE 47,8) y 247,54 (DE 35,8) minutos, p = ns. La tasa de conversión fue de 4 (11,4%) en el grupo PDL y 3 casos (13,6%) en el grupo robótico, p = ns. La estancia media fue de 6 (5-34) y 5,6 (5-22) días, respectivamente. La tasa de reingresos fue de 3/35 casos (11,4%) y 6/22 (27,3%) casos, PDL vs. PDR respectivamente (p = ns). La mortalidad fue de un caso en el grupo robótico (4,3%), un paciente con conversión precoz por afectación vascular y con dificultad en la disección con abordaje abierto. En la siguiente tabla se adjunta los principales resultados comparativos entre; pancreatectomía corporoaudal MIS (PDMIS), Pancreatectomía corporoaudal laparoscópica (PDL) y robótica (PDR), PDL con conversión (PDR conv.) y PDR con conversión (PDR conv.).

	PDMIS (n = 50)	PDL (n = 31)	PDR (n = 19)	PDL Conv. (n = 4)	PDR Conv. (n = 3)
Tiempo operatorio (min.)	217,34 (120- 210)	193,1 (200- 300)	247,9 (190- 310)	245 (220- 290)	265 (200-300)

Estancia hospitalaria (días)	6 (DE 2)	6 (3-12)	5,3 (3-14)	6 (4-11)	7,6 (4-12)
Clavien-Dindo ? III	4 (8%)	2 (6,4%)	1 (5,2%)	0	1 (12,5%)
<b>Fístula pancreática posoperatoria</b>					
B (%)	6 (12%)	2 (6,4%)	4 (21%)	0	1 (33,3%)
C (%)	2 (4%)	2 (6,4%)	0	0	1 (33,3%)
<b>Margen tumoral*</b>					
R0	42 (84%)	24 (77,4%)	18 (94,8%)	3 (75%)	2 (66,7%)
R1	8 (16%)	7 (22,6%)	1 (5,2%)	1 (25%)	1 (33,3%)
Total ganglios aislados	9,04 (DE 2,29)	7,6 (2-15)	10,7 (2-24)	7,3 (2-14)	8 (4-13)
Tasa de reingreso (%)	8 (16%)	3 (9,6%)	5 (26,3%)	0	1 (33,3%)
Reintervención	2 (4%)	1 (3,2%)	1 (5,2%)	0	0
Mortalidad	0	0	0	0	1 (33,3%)

\*R1, margen tumoral a 1 mm del margen de resección más próximo.

**Conclusiones:** La pancreatectomía corporo-caudal laparoscópica y/o robótica es un procedimiento seguro y factible en pacientes seleccionados. Una planificación quirúrgica y la implementación escalonada basada en la experiencia previa ayudan a afrontar estos procedimientos técnicos tan exigentes. Se sugiere que la cirugía robótica podría ser el abordaje de elección en la pancreatectomía corporo-caudal. Existe una marcada tendencia a las complicaciones en los casos de conversión.