



## V-124 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR LAPAROSCOPIA. DESCRIPCIÓN TÉCNICA PASO A PASO TRAS 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

Herrero, Eric<sup>1</sup>; Galofré-Recasens, María<sup>1</sup>; García-Domingo, María Isabel<sup>1</sup>; Camps Lasa, Judith<sup>1</sup>; Pardo Aranda, Fernando<sup>2</sup>; Espín Álvarez, Francisco<sup>2</sup>; Rodríguez Campos, Aurora<sup>1</sup>; Cugat Andorrà, Esteban<sup>1</sup>

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

### Resumen

**Introducción:** La duodenopancreatectomíacefálica por laparoscopia (DPC-lap) no está ampliamente difundida por ser técnicamente muy demandante. Se presenta un vídeo en el que se describe los diferentes pasos y aspectos técnicos para la realización de una DPC laparoscópica.

**Métodos:** Desde enero del 2004 a mayo del 2022 se realizaron un total de 433 resecciones pancreáticas, siendo 157 de estas por laparoscopia. A partir de 2017 se introdujo la DPC-lap en el servicio y de las que se han realizado 54 intervenciones hasta marzo 2022. Es un procedimiento de elevada complejidad técnica y larga duración, por lo que la sistematización del procedimiento permite realizarlo con poca morbilidad, baja tasa de conversión y tiempo operatorio razonable. Con el objetivo de mostrar el procedimiento de forma sistematizada y simplificada se ha dividido en 2 fases. La fase resectiva consta de 10 pasos y la reconstructiva de 4.

**Resultados:** Se muestra inicialmente la colocación y fijación del paciente a la mesa operatoria y la colocación de los trócares. En la fase resectiva, el primer paso es la sección gástrica y la disección de la arteria hepática y la linfadenectomía del hilio hepático. A continuación se disecan y seccionan las arterias gástrica derecha y gastroduodenal y se diseña la cara anterior de la vena porta en el borde superior del cuello del páncreas y la vena mesentérica superior en el borde inferior, creándose el paso retropancreático. Desplazando la óptica a la derecha del paciente se realiza una maniobra de Kocher amplia identificando la vena cava y la vena renal izquierda. Para la sección de la primera asa yeyunal y el descruzamiento se requiere modificar la posición del paciente con un moderado decúbito lateral derecho. Acto seguido se realiza la transección del cuello del páncreas con coagulación monopolar hasta identificar el conducto pancreático principal (CPP) que se secciona con corte frío. El paso técnicamente más complejo por las relaciones vasculares es la movilización del proceso uncinado y la sección de la lámina retroportal. Finalmente, se secciona la vía biliar a nivel del conducto hepático común y se realiza la colecistectomía completándose la fase de resección. La reconstrucción se inicia con la anastomosis pancreática. Se muestra una hepaticoyeyunostomía termino-lateral (CPP dilatado y páncreas firme) y una pancreaticogastrostomía termino-lateral (CPP no dilatado y/o páncreas blando). Seguidamente se realiza la hepaticoyeyunostomía. En función del calibre de la vía biliar se realiza mediante puntos discontinuos (vía biliar fina) o sutura barbada continua (vía biliar dilatada). Finalmente se realiza una gastro-yeyunostomía antecólica mecánica sobre la misma asa yeyunal en cara anterior gástrica y se colocan drenajes.

**Conclusiones:** La DPC-lap es un procedimiento quirúrgico de muy alta complejidad pero que realizado de forma sistematizada, con una adecuada selección de los casos y una política de conversión precoz a cirugía abierta en caso de no progresión o complicaciones, puede ser realizado de forma segura, con baja morbilidad y las ventajas propias del abordaje laparoscópico en cuanto a recuperación posoperatoria.