CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):467

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-118 - DUODENOPANCRETECTOMÍA CEFÁLICA ASISTIDA POR ROBOT: ABORDAJE INICIAL DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Martínez Solà, Ana; Ielpo, Benedeto; Sánchez Velazquez, Patricia; Burdio Pinilla, Fernando; Grande Posa, Luis; Pera Roman, Miguel

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La factibilidad de la duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica o asistida por robot ha sido demostrada recientemente. Actualmente, hay diferentes técnicas descritas en la literatura del abordaje de la arteria mesentérica superior. El objetivo de este vídeo es describir nuestra técnica del abordaje izquierdo de la arteria mesentérica superior asistida por robot.

Métodos: Posición supina, piernas separadas y Trendelenburg invertido. Neumoperitoneo con aguja de Veres y colocación de puertos robóticos. Localización de la arteria mesentérica superior por abordaje laparoscópico con los trocares en disposición robótico. Traccionamos la primera asa yeyunal hacia la derecha. Sección del ligamento de Treitz. Tracción de la primera asa yeyunal hacia la izquierda y disección inferior de la vena mesentérica inferior. Localización de la arteria mesentérica superior casi en el origen de la arteria aorta. Disección tejido periarterial. Tutorizar con *loop.* Fijamos el punto del asa yeyunal al cuerpo gástrico donde realizaremos la anastomosis gastroyeyunal posteriormente. Elevación del hígado para mejor exposición del campo quirúrgico con una sutura percutánea que incluye en el ligamento falciforme, lóbulo hepático izquierdo y lóbulo hepático derecho junto con la vesícula biliar. Abertura ligamento gastrocólico preservando los vasos gastroepiploicos. Movilización del ángulo hepático del colon. Realizamos el *docking* robótico. Iniciamos la maniobra de Kocher amplia, aquí vemos la ventaja de realizar el abordaje "*artery first*" pasando el *loop* al lado derecho, así será más fácil realizar la disección oncológica del mesopáncreas. Exposición del hilio hepático identificando la arteria hepática común y la arteria hepática propia, lateralmente la arteria gastroduodenal. Realizamos la linfadenctomía estándar, con atención a la arteria hepática común hasta el origen de los vasos gástricos izquierdos. Sección del antro gástrico. Seguimos con la disección de la vía biliar, liberándola de la vena porta. Disección del borde inferior del mesopáncreas para realizar la tunelización por delante de la vena mesentérica superior. Completar maniobra de Kocher para movilizar la primera asa yeyunal, tracción de la misma hacia el espacio supramesocólico posterior a los vasos mesentéricos superiores. Sección del asa yeyunal y acomodación para realizar posteriormente las anastomosis. Continuamos con la disección del mesopáncreas, siguiendo la parte inferior de la vena mesentérica superior. Sección del mesopáncreas con *Vessel Sealer*. Seguimos el plano del mesopáncreas siguiendo la disección previa de la arteria mesentérica superior para una resección más oncológica. Reconstrucción del tránsito: realizamos la anastomosis pancreático yeyunal según la técnica pancreato-azagra colocando un *stent* tutorizando el conducto de Wirsung, anastomosis hepaticoyeyunal y finalizamos con la anastomosis gastroyeyunal.

Conclusiones: Creemos que la estandarización de las técnicas quirúrgicas en la cirugía pancreática asistida por robot es la clave para una correcta resección oncológica de manera segura y con bajas tasas de conversión y así poder aumentar su implementación. Una de las ventajas del abordaje inicial de la arteria mesentérica superior es que nos permite facilitar una disección del mesopáncreas más oncológica.

0009-739X © 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados