



# Cirugía Española



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

## V-123 - PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA ROBÓTICA

Casanova Ramos, Rubén; Martín Malagón, Antonio; Pezzetta Hernández, Liliana; Pérez Torres, Jorge Brian; González Hernández, Sergio; Fernández López, Lázaro Javier

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

### Resumen

**Introducción:** El abordaje robótico podría mejorar algunas dificultades de la cirugía laparoscópica pancreática gracias a la visualización en alta definición 3D y a la mayor libertad de movimientos de los instrumentos.

**Caso clínico:** Mujer de 79 años con antecedentes de HTA, DLP, hipotiroidismo, cáncer de mama (cirugía + RT + hormonoterapia), histerectomía vaginal. Se llega al hallazgo incidental de lesión en cuerpo y cola de páncreas con diagnóstico de tumor mucinoso pancreático intraductal. En el seguimiento se aprecia un crecimiento de la cola pancreática por lo que se decide en comité de tumores realizar pancreatectomía corporocaudal. Técnica quirúrgica: abordaje de la cavidad abdominal mediante 4 trocares robóticos y 1 trocar de 12 mm auxiliar. Acceso a transcavidad de los epiplones. Identificación de vena cólica media en borde inferior de cuello pancreático. Se realiza ecografía intraoperatoria con identificación del tumor en cuello pancreático y de la vía biliar a nivel de la cabeza pancreática. Disección de cabeza y proceso uncinado del páncreas y de la vena mesentérica superior, disección de arterias colaterales aberrantes y sección de las mismas. Sección a nivel de cuello pancreático con grapadora mecánica. Disección del resto páncreas tomando como referencia arteria y vena esplénica. Preservando ambos vasos y comprobando la viabilidad del bazo. Extracción de la pieza en bolsa por incisión previa de Pfannestiel. Drenaje aspirativo en lecho quirúrgico. Evolución posoperatoria sin incidencias: alta a los seis días. AP definitiva: Neoplasia quística mucinosa pancreática papilar intraductal con bajo grado de displasia. Tamaño de lesiones 21 × 19 mm, 10 mm y 7 mm. Margen de resección libre.

**Discusión:** El abordaje robótico podría mejorar algunos inconvenientes de la cirugía laparoscópica pancreática. En varias revisiones sistemáticas han demostrado que la cirugía robótica presenta resultados similares a la laparoscópica en cuanto a complicaciones posoperatorias, necesidad de transfusión, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, resección R0 y número de ganglios extraídos. Además, el abordaje robótico aumenta la tasa de preservación de los vasos esplénicos y reduce el riesgo de conversión a cirugía abierta.