



# Cirugía Española



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

## V-121 - PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA VÍA ROBÓTICA (TÉCNICA DE KIMURA)

*Burdio, Fernando; Morera, Alejandro; Jaume, Sofia; Sánchez Velázquez, Patricia; Ielpo, Benedetto*

*Hospital del Mar, Barcelona.*

### Resumen

**Objetivos:** Describir algunos detalles técnicos de la técnica de pancreatectomía distal con preservación esplénica según la técnica de Kimura vía robótica en comparación con la técnica laparoscópica convencional (procedimiento estándar en nuestro hospital).

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 75 años con antecedentes de sobrepeso (IMC 30) y Enfermedad pulmonar crónica. En un TC abdominal realizado para control de quiste renal se observan de manera fortuita varias imágenes quísticas (la mayor de 21 mm) en cuerpo y cola del páncreas. Dichas imágenes se acompañan de una notable dilatación del conducto de Wirsung. Tras realizar PAAF (resultado no concluyente) se decide en el comité multidisciplinar local su resección mediante pancreatectomía corporocaudal con el diagnóstico de tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI). Iniciamos la cirugía con la apertura de la bolsa omental. Se realiza posteriormente una pexia temporal del estómago a la pared abdominal. Continuamos con la localización de la arteria esplénica, disección y control de la misma mediante clampaje. Dicha maniobra viene facilitada por el uso del verde de indocianina (técnica incorporada en el sistema Da Vinci). Continuamos con la disección del borde inferior del cuerpo de páncreas, localización de la vena esplénica y paso del túnel retropancreático. De manera precoz realizamos la sección del cuello con endograpadora y la disección de todo el cuerpo y cola pancreática de derecha a izquierda prestando especial atención a la liberación de la vena esplénica para preservar la irrigación esplénica principal. Todas estas maniobras vienen facilitadas por los amplios grados de movimiento y la mejora de la visión que otorga el robot. La extracción de la pieza se realizó a través de la ampliación de la incisión de uno de los trócares del robot. El paciente presentó una fístula pancreática paucisintomática tipo que requirió drenaje ecoguiado al octavo día de posoperatorio (fístula pancreática grado B). El paciente presentó una correcta evolución posterior con una estancia total en nuestro hospital de 16 días. El resultado final del análisis de la pieza quirúrgica fue de tumor tipo TPMI mixto con displasia de bajo grado.

**Discusión:** El abordaje robótico puede facilitar el abordaje mínimamente invasivo de tumores pancreáticos sobre todo en intervenciones que necesitan una disección perivascular precisa como es caso de la intervención de Kimura.