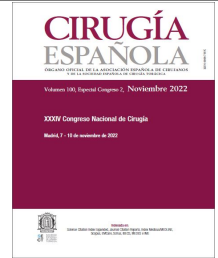




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-119 - REPANCREATECTOMÍA ROBÓTICA POR METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL

Piqueras Hinojo, Ana María; Espín Álvarez, Francesc; Pardo Aranda, Fernando; Navinés López, Jordi; Cremades Pérez, Manel; Vidal Piñeiro, Laura; Zárate Pinedo, Alba; Cugat Andorrà, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso clínico de una repancreatectomía robótica del remanente de cuerpo pancreático en una paciente con antecedente de nefrectomía derecha abierta por carcinoma renal y posterior pancreatectomía corporocaudal + esplenectomía por metástasis metacrónica. En el último control se objetiva una lesión compatible con nueva metástasis en el remanente pancreático, por lo que el 21 de febrero de 2022 se planifica para repancreatectomía robótica.

Caso clínico: La paciente se colocó en decúbito supino con las piernas abiertas. Se colocaron 2 trócares de 12 mm en hipocondrio derecho y flanco izquierdo y 2 trócares de 8 mm en línea media y subcostal izquierdo a través de una incisión iterativa sobre las cicatrices previas. Trócar de asistencia infraumbilical de 12 mm. Después de liberar adherencias previas iniciamos la cirugía accediendo a la transcavidad de los epiplones donde hallamos el remanente pancreático. En el brazo 1 se colocó la pinza bipolar y en el brazo 3 un dispositivo sellante y de corte, en este caso el synchro seal. La óptica se sitúa en el brazo 2 y una pinza de tracción en el 4. A continuación accedemos a la curvatura menor gástrica para suspender el estómago con una doble cinta introducida por el asistente y exteriorizada con aguja de Reverdin. Posteriormente se inicia la linfadenectomía y disección de la arteria hepática, empezando por la liberación de la cara posteroinferior pancreática hasta identificar la vena esplénica. Tomando siempre como referencia el lóbulo caudado, se realiza la linfadenectomía y anatomización de la arteria hepática. A continuación se identifica la arteria esplénica utilizando la pinza bipolar en el brazo 1 y la tijera robótica en el brazo 3. En este momento de la cirugía se realiza la ecografía intraoperatoria donde se aprecia la lesión en el cuerpo pancreático sin otras lesiones, y se secciona la arteria esplénica con una endograpadora vascular robótica. Se realiza la liberación del cuello pancreático respetando el eje esplenoportomesentérico. Se anatomiza la zona de sección pancreática y se realiza dicha sección utilizando una endograpadora reforzada en este caso no robótica; esta sección se realiza de forma lenta y progresiva a modo de adaptar la sección a la textura pancreática. A continuación se identifica la vena esplénica en su unión a la vena mesentérica superior, separando la cara posterior pancreática del confluente, y previo clipaje con *hemolocks*, se secciona. Se completa la pancreatectomía con synchro seal. Se embolsa la pieza para la extracción. Se realiza hemostasia del lecho quirúrgico, dejando material sellante y de hemostasia, y finalizamos con la colocación de un drenaje no aspirativo. Se extrae la pieza ampliando el trocar de línea media.

Discusión: La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de metástasis de carcinoma renal sin evidencia de malignidad en la adenopatía extraída. La paciente fue dada de alta al noveno día posoperatorio, sin complicaciones relevantes. Actualmente sigue controles por oncología médica.