



# Cirugía Española

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



## P-211 - ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE PARA EL ABORDAJE TOTALMENTE LAPAROSCÓPICO DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

*Santidrián Zurbano, Marta; Mohamed Chairi, Hassin Mohamed; Pérez Alonso, Alejandro José; Zambudio Carroll, Natalia; Villegas Herrera, María Trinidad*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

### Resumen

**Objetivos:** Presentar la experiencia inicial y resultados a corto plazo de las primeras duodenopancreatectomías cefálicas (DPC) laparoscópicas en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo de una serie prospectiva de pacientes sometidos a DPC laparoscópicas entre febrero y diciembre de 2022. Se incluyeron pacientes candidatos a DPC, independientemente de la etiología. El abordaje fue totalmente laparoscópico, mediante el uso de 5 trócares. Los pacientes fueron intervenidos por cirujanos de la misma unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada. La descripción de las principales complicaciones se ha estandarizado mediante la clasificación del Grupo Internacional de Estudio de Fístula Pancreática (ISGPF). Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes; las cuantitativas por su media y desviación estándar.

**Resultados:** 9 pacientes fueron incluidos: 5 (55,6%) mujeres y 4 (44,4%) varones. La edad media fue 67,1 ( $\pm$  10,6) años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión arterial (44,4%), dislipemia (33,3%) y diabetes mellitus (22,2%), siendo el 66,7% (6) de los pacientes pertenecientes al grupo ASA (American Society of Anesthesiologists) II, 22,2% (2) ASA III y 1 paciente ASA IV. El IMC preoperatorio medio fue 27,8 ( $\pm$  5,3) Kg/m<sup>2</sup> y el 44,4% (4 pacientes) de los pacientes presentaban el antecedente de una cirugía abdominal previa. En cuanto a la etiología, 3 (33,3%) casos fueron por ampuloma, 2 (22,2%) casos por colangiocarcinoma, 2 (22,2%) casos por adenocarcinoma de cabeza pancreática y 2 casos (22,2%) por tumor neuroendocrino de cabeza pancreática. Ningún caso precisó de tratamiento neoadyuvante. Se colocó prótesis biliar preoperatoria en 5 (55,5%) casos, con una media de bilirrubina preoperatoria de 6,8 ( $\pm$  6,7) mg/dL. En 6 casos (66,6%) se administró suplementación nutricional preoperatoria. El tiempo operatorio medio fue 381,2 ( $\pm$  81,6) minutos. En el 100% de los casos se realizó reconstrucción tipo Child. Todas las anastomosis pancreáticas fueron pancreaticoyeyunales, previa colocación de tutor pancreático y con un diámetro medio del conducto de Wirsung de 3 ( $\pm$  1,3) mm. 3 casos (33,3%) precisaron conversión a cirugía abierta: 1 caso (11,1%) por sangrado, 1 caso (11,1%) por adherencias y el último caso (11,1%) por dificultad técnica debida a las dimensiones del tumor. En todos los casos se dejaron dos drenajes: uno posterior a las anastomosis pancreaticoyeyunal (PY) y hepaticoyeyunal (HY) y otro posterior a la gastricoyeyunal y anterior a la PY y la HY. En cuanto a las complicaciones: 6 pacientes (66,7%) presentaron fístula pancreática grado A; 5 pacientes

presentaron retraso del vaciamiento gástrico grado A; y 2 pacientes (22,2%) presentaron fístula biliar, uno en grado A y otro grado B. 1 paciente (11,1%) precisó de reintervención quirúrgica por sangrado. Ningún paciente fue *exitus*. La estancia hospitalaria media fue de 17,2 ( $\pm$  7) días y la estancia media en Reanimación fue de 2,3 ( $\pm$  2,4) días.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia inicial, la laparoscopia constituye un abordaje seguro en la DPC para un cirujano experimentado en la laparoscopia, con bajas tasas de complicaciones. Son necesarios más pacientes para completar la curva de aprendizaje y optimizar los resultados.