



V-130 - SISTEMATIZACIÓN DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA ROBÓTICA: TIPS & TRICKS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

Muriel Álvarez, Pablo; Escartín Arias, Alfredo; Vela Polanco, Fulthon Frank; Salvador Roses, Helena; Pueyo Périz, Eva; Jara Quezada, Jimy Harold; López Soler, Guillermo; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: En la era de la cirugía mínimamente invasiva, parece que la cirugía pancreática, y en concreto la duodenopancreatectomía cefálica (DPC), por su complejidad se ha resistido a establecerse como la vía de elección. La cirugía robótica ha permitido superar las limitaciones de la cirugía laparoscópica del páncreas aportando ventajas en el control de disección, visión magnificada e inmersiva con grados de libertad de movimiento.

Objetivos: Presentar la sistematización de la duodenopancreatectomía cefálica basada en nuestra experiencia.

Métodos: Entre febrero 2020 y abril 2024 se han realizado un total de 67 cirugías pancreáticas robóticas: 29 pancreatectomías corporo-iliaques (PCC)4 pancreatectomías totales y 34 DPC. Dada la complejidad de la DPC robótica, planteamos una curva progresiva realizando los primeros casos de forma "híbrida": fase resectiva robótica con conversión programada a vía abierta para la reconstrucción, hasta conseguir un tiempo igual o inferior a 4 h en la fase resectiva, tiempo que consideramos óptimo ya que la parte limitante en la DPC robótica es la resección, la reconstrucción es muy favorable con este abordaje.

Resultados: Puesto que la curva de aprendizaje en la DPC robótica es compleja hemos estandarizado la técnica para que sea reproducible y segura. Hemos identificado 4 puntos críticos: 1. Liberación ángulo de Treitz; 2. Linfadenectomía; 3. Abordaje del proceso uncinado: 4. Anastomosis pancreático yeyunal. Con la siguiente sistematización pretendemos facilitar el aprendizaje y superar de forma más fácil y reproducible los puntos críticos comentados. Nuestra propuesta: Fase resectiva: Fase 1: liberación de ángulo de Treitz con mesa a 0°; Fase 2: mesa a 20° en anti-Trendelenburg. Descenso completo de ángulo hepático. Kocher amplio. Insinuación de eje mesentérico y paso retro pancreático. Identificación de arteria gastroduodenal. Fase 3: sección antral gástrica. Linfadenectomía. Paso retro pancreático y sección pancreática. Fase 4: descruce duodenal y sección de asa yeyunal. Abordaje de proceso uncinado con tracción de brazo 1 y 4. Fase reconstructiva: ascenso de asa a través de Treitz. Pancreaticoyeyunal: inicialmente punto de PDS referenciado en cara posterior de Wirsung. Barbada continua para afrontar la pancreaticoyeyuno. Enterotomía. Se pasa el punto referenciado previamente y se anuda lo que permite fijar con seguridad la cara posterior y a partir de ahí completar la ducto mucosa. Tutorización interna

abandonada. Barbada para afrontar la cara anterior de la pancreático-yeuno. Hepático yeyunal. Cara posterior continua de PDDS y anterior puntos sueltos. Gastroentérica: latero lateral mecánica por trócar auxiliar 12 mm en hipocondrio derecho.

Conclusiones: La cirugía pancreática mínimamente invasiva vía robótica es compleja pero factible, reproducible y segura si se realiza de forma sistematizada.