



VC-079 - DIVERTÍCULO DUODENAL: ABORDAJE ROBÓTICO

Lara Romero, Paula; Beltrán Miranda, Pablo; Rodríguez Lora, Enrique; Moreno Asencio, Teresa; Alba Malvorisco, Marcos; González Minchón, José Antonio; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: Los divertículos duodenales aparecen generalmente de forma adquirida y suelen localizarse en la segunda porción duodenal. La prevalencia se sitúa en un 20% aunque se cree que está infraestimada, ya que la gran mayoría de los pacientes no presentan síntomas y se encuentran de manera incidental durante las pruebas de diagnóstico por imágenes realizadas por otro motivo. Su existencia se correlaciona la aparición de cólicos biliares, coledocolitiasis, colangitis o pancreatitis aguda. También se ha asociado con hemorragia digestiva alta, obstrucción intestinal o perforación. No existe evidencia de que se correlate con enfermedad neoplásica. El objetivo es presentar un caso clínico sobre abordaje robótico de una paciente con diagnóstico de divertículo duodenal.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 80 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus bien controladas como únicos antecedentes médicos de interés. Apendicectomizada en la infancia. Se estudió por episodios de dolor abdominal recurrente a nivel de hipocondrio derecho de meses de evolución, diagnosticándose de divertículo duodenal de gran tamaño. Se realiza endoscopia digestiva alta y TC abdominal que informan sobre un divertículo duodenal de unos 85 mm de diámetro con posible duodenitis asociada. Ante estos hallazgos se decide programar para cirugía asistida por robot Da Vinci Xi. Realizamos neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo y posteriormente se colocan 5 trócares, 4 robóticos de 8 mm y un trócar auxiliar de 12 mm. Tras descender el ángulo hepático del colon, se realiza maniobra de Kocher completa. Disecamos el divertículo duodenal, seccionando las varicosidades que existen a su alrededor, hasta identificar el cuello que lo comunica con el duodeno, que presenta unos 3-4 cm. Finalmente se realiza la sección del mismo con EndoGia. La paciente ha presentado una evolución posoperatoria favorable, sin aparición de complicaciones y siendo dada de alta al tercer día posoperatorio.

Discusión: En la gran mayoría de los pacientes que presentan un divertículo único con tejidos colindantes sanos, se puede realizar una diverticulectomía de manera segura. Tradicionalmente se alcanza y diseña el duodeno mediante un abordaje anterior, descendiendo del ángulo hepático del colon seguida de la maniobra de Kocher, como hacemos en el caso que presentamos, aunque también puede realizarse vía infrramesocólica. También se ha propuesto realizar en estos casos una derivación de la vía biliar, ya sea mediante una hepaticoyeyunostomía o, de manera más excepcional, una coledocoduodenostomía, aunque la morbimortalidad asociada no justifica la

utilización de estas técnicas.