



# Cirugía Española



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

## VC-112 - RESECCIÓN DE TUMOR YEYUNAL DE GRAN TAMAÑO VÍA ROBÓTICA Y ANASTOMOSIS DUODENO-YEYUNAL

Beltrán Miranda, Pablo; Alba Valmorisco, Marcos; Moreno Asencio, María Teresa; Pérez Benítez, Manuel Jesús; Aguilera López, Nuria; García Andrés, Rut; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía mínimamente invasiva permite una recuperación más rápida con menor dolor para los pacientes. Sin embargo, algunos tipos de cirugía resultan altamente complejos de realizar por vía laparoscópica. La introducción de la cirugía robótica ha permitido aumentar el número y complejidad de cirugías mínimamente invasivas permitiendo extirpar por esta vía tumores de mayor tamaño y realizar anastomosis de alta complejidad.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 63 años que consulta por anemia y cuadro constitucional. Se realiza TAC de abdomen que muestra 2 lesiones sincrónicas en el yeyuno proximal, la mayor de ellas de hasta 7 cm. La anatomía patológica informa de carcinoma indiferenciado con un Ki 67 de más del 80%. Tras presentarse el caso en el comité multidisciplinar de tumores, se decide resección de ambas lesiones por vía robótica. Se inicia la cirugía utilizando 4 trócares robóticos y 1 de asistencia. El *docking* inicial se realiza a nivel del ángulo de Treitz. Posteriormente, se procede a liberar adherencias del tumor y sección del asa yeyunal proximal y distal al mismo. Se secciona el meso del asa yeyunal hasta identificar la segunda lesión que está más proximal y muy próxima al ángulo de Treitz que tiene que ser liberado para seccionar proximalmente el yeyuno. Una vez extirpada la pieza con ambas lesiones, consideramos no disponemos de muñón intestinal en el ángulo de Treitz para realizar una anastomosis con seguridad, por lo que se realiza anastomosis duodeno-yeyunal mediante sutura manual robótica. Para ellos, realizamos nuevo *docking* a nivel de la vesícula biliar y tras descender el ángulo hepático del colon y realizar una maniobra de Kocher, se completa la anastomosis latero-lateral. La paciente fue dada de alta el día 18 tras presentar edema de la anastomosis resuelto mediante corticoterapia sin otras complicaciones.

**Conclusiones:** El abordaje robótico, nos permite realizar cirugías de alta complejidad mediante abordaje mínimamente invasivo de forma segura y reproducible. La articulación del instrumental robótico facilita significativamente la realización de anastomosis que resultarían de alta complejidad mediante abordaje laparoscópico.