CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):299

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-078 - ESPLENOPANCREATECTOMÍA CORPORO-CAUDAL ROBÓTICA EN NEOPLASIA DE CUELLO PANCREÁTICO CON OCLUSIÓN DE ARTERIAS HEPÁTICA COMÚN Y ESPLÉNICA

Jorba, Rosa; Memba, Robert; Achalandabaso, Mar; Llàcer-Millán, Erik; Estalella, Laia; Pavel, Mihai Calin; Julià, Elisabet; Ferreres, Joan

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedentes de hernia hiatal, apendicectomía (McBurney) histerectomía + ooforectomía (Pfannestiel) y colecistectomía con exploración de la vía biliar (incisión pararectal derecha). Se inicia estudio a raíz de pérdida de peso de 12 kg. TC abdominal + Angio TC: tumoración en cuello pancreático (25 × 22 mm) con atrofia distal y dilatación del Wirsung. Contacto focal con vena esplénica y colateral arterial pancreática dorsal. Oclusión de las arterias esplénica y hepática común desde el origen (sin identificar causa) con marcada circulación colateral a través de arterias gástrica izquierda y pancreatoduodenales. CA19-9: 145,87 U/mL. Se indica intervención quirúrgica: esplenopancreatectomía corporocaudal con acceso robótico. Técnica quirúrgica: abordaje de la cavidad abdominal mediante 4 trocares robóticos+1 trócar de 12 mm. Acceso a transcavidad de los epiplones. Identificación de vena cólica media en borde inferior de cuello pancreático. Ecografía intraoperatoria: identificación del tumor en cuello pancreático y de la vía biliar a nivel de la cabeza pancreática. Disección borde inferior del páncreas y vena mesentérica superior. Disección de arterias colaterales aberrantes. Clampaje de arteria colateral aberrante infiltrada por tumor para comprobación de correcta perfusión hepática a través de otras colaterales. Sección ulterior de la arteria colateral clampada. Tras inyección IV de ICG se identifica la vía biliar extrahepática, así como la intrapancreática a nivel de cabeza de páncreas. Disección de venas porta y mesentérica superior. Ligadura del cuello pancreático. Visualización de la vía biliar mediante fluorescencia y del tumor mediante ecografía intraoperatoria, previa a sección pancreática a nivel del cuello con sutura mecánica. Disección de vena esplénica y sección con sutura mecánica. Sección ligamento gastroesplénico, esplenocólico y plano retroperitoneal, preservando suprarrenal derecha. Esplenopancreatectomía corporocaudal y extracción de la pieza en bolsa por incisión previa de Pfannestiel. Drenaje aspirativo en lecho quirúrgico. AP intraoperatoria: Margen de resección sin evidencia de neoplasia. No necesidad de transfusión perioperatoria. Evolución postoperatoria sin incidencias. Retirada del drenaje el 5º día y alta. AP definitiva: adenocarcinoma infiltrante de páncreas bien diferenciado. pT2N0 (24 ganglios) Márgenes libres.

Discusión: El abordaje robótico permite mejorar algunos inconvenientes de la cirugía laparoscópica pancreática. No existe todavía ningún estudio aleatorizado y controlado que compare la pancreatectomía distal robótica vs la laparoscópica. Sin embargo, varias revisiones sistemáticas han demostrado que la cirugía robótica presenta resultados similares a la laparoscópica en cuanto a

complicaciones postoperatorias, necesidad de transfusión, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, resección R0 y número de ganglios extraídos. El abordaje robótico aumenta la tasa de preservación de los vasos esplénicos y reduce el riesgo de conversión a cirugía abierta. Aunque el coste de la cirugía robótica es mayor, puede ser un abordaje alternativo en casos complejos como el que presentamos, donde la preservación de la vascularización aberrante se ve facilitada por la visualización en alta definición 3D y la mayor libertad de movimientos del endowrist.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados