



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-134 - LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA DURANTE UNA DUODENOPANCREATECTOMÍA ROBÓTICA: DISECCIÓN PASO A PASO

Azagra, Juan Santiago; Pascotto, Beniamino

Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxemburgo.

Resumen

Objetivos: Mostramos la técnica estandarizada paso a paso mediante cirugía robótica (DaVinci Xi) de una duodenopancreatectomía cefálica con una arteria hepática derecha proveniente de la arteria mesentérica superior y un síndrome del ligamento arcuato. Preparación de material audiovisual grabado en nuestro centro, obtención de consentimiento firmado de la paciente y revisión la bibliografía al respecto.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 63 años diagnosticada de un adenocarcinoma de cabeza de páncreas a raíz de un cuadro de ictericia obstructiva. En el estudio de extensión se observa un ligamento arcuato que condiciona una estenosis del tronco celíaco y una arteria hepática derecha proveniente de la arteria mesentérica superior. Tras reunión multidisciplinar se decide realizar una duodenopancreatectomía cefálica mediante cirugía robótica. En este vídeo mostramos los pasos quirúrgicos de la disección realizada en la intervención. La cirugía comienza con una maniobra de Kocher extrema que nos permite acceder a la cara posterior de bloque duodenopancreático. Tras esto procedemos a disecar la raíz del tronco celíaco y la arteria mesentérica superior en origen para preservar la arteria hepática derecha que asciende hacia el hilio hepático con trayecto retropancreático. Una vez tenemos hecha la disección y control vascular procedemos a la sección del ligamento arcuato para liberar así la raíz del tronco celiaco. Continuamos con la linfadenectomía de la arteria hepática y la sección de la vía biliar. El siguiente paso es la sección gástrica que nos permite acceder a la cara anterior pancreática. Realizamos la tunelización retropancreática de forma roma seccionando así el páncreas con total seguridad. Las venas pancreático-duodenales inferiores y superiores son seccionadas y la vena mesentérica superior se libera completamente para poder tener un acceso pleno y con control de las estructuras vasculares para seccionar el mesopáncreas con total seguridad inmediatamente a la derecha de la arteria mesentérica superior.

Discusión: El abordaje robótico nos aporta una estabilidad y una precisión que nos permite trabajar con total seguridad. El robot es particularmente útil en intervenciones complejas que resultarían de extrema dificultad por laparoscopia convencional.