



## VC-074 - PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA POR ROBOT

*Galofré-Recasens, Maria; Sentí Farrarons, Sara; Espín Álvarez, Francisco; Zárata Pinedo, Alba; Pardo Aranda, Fernando; Cremades Pérez, Manel; Navinés López, Jordi; Cugat Andorrà, Esteban*

*Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.*

### Resumen

**Introducción:** La pancreatectomía distal con preservación esplénica es la técnica de elección en el tratamiento de las lesiones benignas y premalignas del cuerpo y cola del páncreas. La cirugía robótica asocia una mayor tasa de preservación esplénica respecto al abordaje laparoscópico. Esto podría deberse a las ventajas que ofrece la cirugía robótica, entre las que destaca una visión 3D, mejor estabilidad, ausencia de temblor y un mayor grado de articulación, como puede observarse en el vídeo. Se presenta el caso de una pancreatectomía distal con preservación esplénica por robot.

**Caso clínico:** Se trata de una paciente mujer de 38 años con antecedente de colecistectomía, que presentaba una pancreatitis crónica secundaria a una pancreatolitis distal obstructiva. Se presentó en comité de tumores multidisciplinar decidiéndose tratamiento quirúrgico. Se propuso para una pancreatectomía distal con preservación esplénica por robot. La colangiorresonancia preoperatoria mostraba un conducto de Wirsung dilatado secundario a la pancreatolitis obstructiva. En la cirugía se observó un claro cambio en la coloración del páncreas, coincidiendo con la localización de la pancreatolitis. Se realizó una ecografía intraoperatoria en la que se observó una dilatación del conducto de Wirsung distal a la pancreatolitis obstructiva. Se administró verde de indocianina intravenoso que confirmó una correcta vascularización del páncreas. El cuello del páncreas fue seccionado, tras una compresión prolongada, mediante una endograpadora reforzada. Se completó la pancreatectomía distal, identificando y preservando la arteria y vena esplénicas. Se colocó un drenaje en el lecho quirúrgico. El curso posoperatorio fue sin incidencias, pudiendo ser dada de alta el cuarto día posoperatorio sin drenaje. La anatomía patológica mostró una litiasis de 1,6 cm, signos de pancreatitis crónica y ausencia de malignidad.

**Discusión:** Este procedimiento quirúrgico es el tratamiento de elección en lesiones benignas y premalignas del cuerpo y cola del páncreas. Mediante el abordaje robótico se consigue una mayor tasa de preservación esplénica, gracias a las ventajas que este ofrece. El uso de la ecografía intraoperatoria ayuda a confirmar la localización de la lesión. Una compresión prolongada del tejido pancreático mediante una endograpadora reforzada, previo a la sección del mismo, es seguro y eficaz para disminuir el desarrollo de una fístula pancreática clínicamente relevante en el posoperatorio.