



# Cirugía Española



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

## O-302 - CIRUGÍA ROBÓTICA DEL PÁNCREAS. IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA, CRITERIOS DE SELECCIÓN Y RESULTADOS. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA HPB DE ALTO VOLUMEN

*Espín Álvarez, Francisco; Pardo Aranda, Fernando; Navines López, Jordi; Cremades Pérez, Manel; Zárata Pinedo, Alba; Sentí Farrarons, Sara; Lucas Guerrero, Victoria; Cugat Andorra, Esteban*

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.*

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La cirugía mínimamente invasiva del páncreas ha experimentado un rápido desarrollo en las últimas décadas, sin embargo, debido a posición retroperitoneal del páncreas, la complejidad de la cirugía y la necesidad de la disección de grandes vasos sigue siendo un abordaje minoritario. En la actualidad la cirugía robótica del páncreas (CRP) está intentado demostrar ser una opción segura y factible para todo tipo de procedimientos pancreáticos. El objetivo de este estudio es presentar la implementación progresiva de la CRP en una Unidad de cirugía HPB de alto volumen. Se evalúan la selección inicial y progresiva de los casos, las características clínico-patológicas, los resultados perioperatorios y oncológicos a corto y medio plazo.

**Métodos:** Entre 2018 y 2024 se han realizado 302 cirugías pancreáticas. Se han analizado de forma prospectiva todos los pacientes con abordaje robótico pancreático (n = 119). En todos los casos se ha utilizado la plataforma da Vinci Xi. Se han separado en pancreatectomía distal (n = 44), 6 casos con preservación esplénica, pancreatectomía total (n = 10), duodenopancreatectomía cefálica (n = 54) y cirugía conservadora de parénquima (n = 11).

**Resultados:** Existe una proporción mayor de mujeres (n = 69), la edad media de la serie fue de 68,4 años (38-84). La puntuación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) fue 69,8% ASA II y 20,2% ASA III, índice de masa corporal 28 Kg/m<sup>2</sup> (21,3-34,5), la tasa de fístula pancreática clínicamente relevante fue de 10,1%, 12 casos (6,8% tipo A y 3,3% tipo B), pérdidas de hemática intraoperatoria 152,3 cc (100-350). La conversión a laparotomía fue del 7,6% (n = 9), la estancia hospitalaria media fue de 5,6 días (3-46 días), Dindo-Clavien  $\geq$  3 8,7%. La tasa de reintervenciones y reingresos fue del 5,8% (n = 7) y 10,9% (n = 11), respectivamente. Los resultados oncológicos en los casos malignos fueron los siguientes: tamaño medio de la lesión 21 mm (12-34), resección R0 88,4%, rendimiento ganglionar medio 15,8 (6-31). Se registró una mortalidad total a 90 días del 4,2% (5 casos), 2 casos con conversión controlada no planificada a cirugía abierta por hemorragia. La mortalidad sin conversión fue del 2,5% (3 casos).

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, la cirugía robótica del páncreas, tanto para patologías benigna como maligna es segura y factible en pacientes bien seleccionados. La inclusión progresiva

en complejidad y la conversión no planificada comporta un aumento de morbimortalidad. La revisión de los datos y ciertos cambios de técnica podrían evitar futuras complicaciones. A pesar del incremento de complejidad y el aumento de casos con cáncer pancreático, la morbilidad se ha mantenido baja. Respecto a la cirugía robótica, creemos que ofrece ventajas, especialmente en la disección de vasos y en la realización de las diversas anastomosis. A pesar del incremento de complejidad en la selección de los casos y el aumento de casos con cáncer pancreático, la morbilidad se ha mantenido baja.