



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-022 - TUMOR DE CABEZA PANCREÁTICA CON AFECTACIÓN VASCULAR. RESECCIÓN EN BLOQUE Y RECONSTRUCCIÓN CON PARCHES DE PERICARDIO BOVINO MÍNIMAMENTE INVASIVA. CIRUGÍA HÍBRIDA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA Y ROBOT

Allué Cabañuz, Marta¹; Dua, Mónica²; Visser, Brendan C.²

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; ²Stanford University Medical Center, California.

Resumen

Objetivos: El objetivo es presentar un caso de tumor de cabeza de páncreas con afectación de la vena mesentérica superior como hallazgo intraoperatorio inesperado en el que se realizó un Whipple clásico laparoscópico asistido por robot con resección en bloque de parte de la VMS y reconstrucción robótica de la misma con parche de pericardio bovino.

Caso clínico: Mujer de 57 años sin antecedentes. Valorada por ictericia obstructiva. En CPRE estenosis de 3 cm de longitud en VBP distal. En TC se observa estenosis distal de la VBP sin evidenciar tumor en la cabeza pancreática ni compromiso vascular. Ecoendoscopia y punción con resultado de Adenocarcinoma. Con la sospecha de colangiocarcinoma y dada la anatomía favorable y la ausencia de cirugías abdominales previas se plantea Whipple mínimamente invasivo. Se presenta caso clínico, imágenes diagnósticas y vídeo de técnica quirúrgica, incluyendo primer tiempo laparoscópico: exploración no evidencia enfermedad diseminada. Maniobra de Kocher amplia y disección del ligamento de Treitz. Movilización y sección de yeyuno. Disección de VMS bajo cabeza pancreática. Se opta por la realización de un Whipple clásico. Sección gástrica. Apertura del ligamento hepatoduodenal, disección de AGD y VBP. Se completa túnel pancreático y sección a nivel del cuello. En este momento se objetiva el tumor infiltrando el lateral derecho de la VMS. Dada la anatomía favorable se decide continuar la resección laparoscópica. División de la vena coronaria y AMS. Una vez liberado de esta el tumor queda únicamente unido a la VMS. Se realiza un control vascular de VMS, Vena porta y vena esplénica con Bulldogs y se comienza con el segundo tiempo robótico: disposición de Robot Da Vinci Xi en el campo quirúrgico, colocación de cuatro trocares principales de trabajo, y dos accesorios. Resección de la pieza en bloque incluyendo un parche de la VMS. Ante la imposibilidad de cierre primario se realiza la reconstrucción venosa con un parche de pericardio bovino comprobando la congestión intestinal secundaria al clampaje vascular en todo momento. Reconstrucción digestiva robótica: Pancreaticoyeyunostomía tipo Blumgart, hepaticoyeyunostomía en posición retrocólica y gastroyeyunostomía. El tiempo operatorio fue de 7h con una pérdida de sangre de 150 cc. Cuidados postoperatorios según protocolo de rehabilitación multimodal (recomendaciones ERAS) con reintroducción de tolerancia oral en el segundo día postoperatorio y alta hospitalaria precoz 6 días tras la intervención con antiagregación. El informe patológico confirmó tratarse de Adenocarcinoma de cabeza pancreática T3N1 (6/30) de 3,2 cm.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva se impone como gold estándar en la mayoría de procedimientos. La resección de tumores del área pancreatoduodenal por vía laparoscópica, robótica o híbrida se viene realizando en pacientes seleccionados en los últimos años y en las series publicadas los resultados son al menos comparables a los de la técnica abierta. Si bien, ante la presencia de tumores localmente avanzados existe todavía poca experiencia.