



# Cirugía Española



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

## V-120 - DUODENOPANCREATECTOMÍA ROBOT CEFÁLICA CON DERIVACIÓN PANCREATOYEUINAL DUCTO-MUCOSA. DESCRIPCIÓN SISTEMATIZADA EN 16 PASOS

Navinés-López, Jordi; Espin Álvarez, Fran; Cremades Pérez, Manel; Pardo Aranda, Fernando; Zárata Pinedo, Alba; Vidal Piñeiro, Laura; Piqueras Hinojo, Ana María; Cugat Andorrà, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

### Resumen

**Objetivos:** La duodenopancreatectomía cefálica mínimamente invasiva es una técnica compleja con resultados controvertidos. Se ha propuesto que la cirugía robótica puede tener un papel facilitador dada su visión microscópica y precisión, y simplificar el procedimiento gracias a la facilidad de sus movimientos.

**Métodos:** Se describe la técnica robótica en 16 pasos de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) para el tratamiento del tumor de cabeza pancreática inicialmente resecable, tal como se realiza de forma sistematizada en nuestra unidad especializada.

**Resultados:** La intervención se subdivide en un primer bloque de disección de 12 pasos y un segundo bloque de reconstrucción de 4 pasos. El posicionamiento del paciente es en decúbito supino con piernas abiertas sobre colchón de fijación, con 15 grados de decúbito lateral izquierdo. En la fase de disección el primer paso es la gastrolisis y la transección mecánica del antro gástrico mediante endocortadora articulada robótica endowrist 60 mm azul. Se rechaza el antro hacia la derecha del paciente y se aborda el retroperitoneo por encima del cuello pancreático a la altura de la arteria hepática común, donde empieza la linfadenectomía hiliar. La disección de la arteria hepática permite la identificación de la bifurcación principal hiliar y el control vascular de la arteria pilórica, para consecutivamente controlar y seccionar la arteria gastroduodenal. Tras la maniobra de Kocher se completa el plano de la linfadenectomía retroduodenopancreática, descubriendo el plano precaval hasta el origen de la vena renal izquierda. Se procede entonces al paso retropancreático de la vena porta para la suspensión con cinta del cuello pancreático previa a su sección. En este punto se invierte el decúbito lateral del paciente, de izquierdo a derecho, para rechazar el epiplón mayor hacia el compartimento supramesocólico y la sección del yeyuno proximal con carga azul *endowrist*. Tras la sección del ligamento de Treitz y la sección mediante *endowrist* azul de la primera asa yeyunal se realiza el descruzamiento duodenal. Una vez se tiene la totalidad de la pieza a la derecha del eje vascular se procede a la disección del proceso uncinado y de la vena porta. Finalmente la colecistectomía deja toda la pieza unida por el conducto hepático común. Una vez seccionado bajo clampaje proximal, se embolsa el espécimen y se reserva en el espacio subfrénico derecho. La fase de reconstrucción consta de derivación pancreática ducto-mucosa en doble corona interna discontinua monofilamento PDS 5/0 y externa continua barbada, derivación bilioentérica doble

continua barbada y derivación gastro-entérica mecánica con *endowrist* 60 mm azul, cerrando el ojal con sutura barbada. Finalmente se comprueba la hemostasia y se colocan 2 drenajes, derecho posterior al asa de hepatoyeyunostomía, e izquierdo anterior a la pancreatoyeyunostomía.

**Conclusiones:** La duodenopancreatectomía cefálica robótica puede ser sistematizada en 16 pasos. La depuración de la técnica puede contribuir a obtener mayor evidencia en esta nueva vía de abordaje.