



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-096 - ABORDAJE ROBÓTICO EN LA CIRUGÍA PANCREÁTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Estébanez Peláez, Guillermo; Bueno Cañones, Alejandro David; Velda Belanche, Sandra; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Maestro de Castro, José Luis; Bailón Cuadrado, Martín; Pinto Fuentes, María Pilar; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: La cirugía pancreática representa un desafío en la era de la cirugía mínimamente invasiva. La delicadeza de la disección por las relaciones anatómicas del páncreas, así como la complejidad de la reconstrucción, implica cierta reticencia a adoptar la técnica laparoscópica incluso entre los cirujanos más expertos. El desarrollo de la plataforma robótica con instrumentos de endomuñeca, visión tridimensional y mejor ergonomía ha creado un interés renovado en la cirugía pancreática mínimamente invasiva. Este trabajo pretende realizar un análisis comparativo entre la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) vía abierta vs. robótica, y entre las pancreatectomías distales laparoscópicas vs. robóticas.

Métodos: Se extrajeron los datos de una base de datos prospectiva de cirugías pancreáticas, compuesta por un total de 182 procedimientos. Se seleccionaron, por un lado, 123 duodenopancreatectomías cefálicas (DPC) entre robóticas y abiertas; y por otro lado 26 pancreatectomías distales, realizadas por vía mínimamente invasiva (laparoscópica o robótica). El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la plataforma SPSS (versión 29.0.1.0).

Resultados: Se recogieron un total de 123 DPC (108 abiertas y 15 robóticas). Fueron grupos homogéneos en cuanto a edad y sexo, factores de riesgo (hipertensión, diabetes, dislipemia y hábitos tóxicos), IMC, riesgo anestésico (escala ASA), sepsis biliar preoperatoria, neoadyuvancia y albúmina y ratio neutrófilo/linfocítico preoperatorios. Respecto al acto quirúrgico, tampoco hubo diferencias en la pérdida de sangre peroperatoria ni en la utilización de drenaje. No se encontraron diferencias en las complicaciones, mediante la escala Clavien-Dindo, ni en la mortalidad posoperatoria. Las tasas de gastroparesia, fístula pancreática y biliar, y hemorragia, fueron comparables en ambos grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de hemoglobina al quinto día posoperatorio (media: 10,83 g grupo robot vs. 9,67 g grupo abierto, $p < 0,001$); en el tiempo, en días, hasta que se inicia la tolerancia (3,6 grupo robot vs. 6,1 grupo abierto, $p < 0,05$); y en los días de estancia en Unidad de Reanimación (1,4 grupo robot vs. 3,9 grupo abierto, $p < 0,001$). Se recogieron un total de 23 pancreatectomías distales (13 laparoscópicas y 13 robóticas). Fueron grupos homogéneos en cuanto a edad y sexo, factores de riesgo, ASA, albúmina y ratio neutrófilo/linfocítico preoperatorios, asociación de esplenectomía (10 laparoscópicos, 9 robóticos), pérdida de sangre intraoperatoria y utilización de drenaje. Tampoco hubo diferencias en las

complicaciones ni mortalidad posoperatorias. Las tasas de fístula pancreática fueron similares. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al valor de PCR en el primer día posoperatorio (67,8 grupo laparoscópico vs. 26,7 grupo robótico, $p < 0,05$) y en cuanto a los días de nutrición parenteral (media: 1,5 grupo laparoscópico vs. 0 grupo robot, $p < 0,05$). No hubo diferencias en cuanto a estancia en Reanimación ni global.

Conclusiones: El abordaje robótico en la cirugía pancreática es una alternativa segura y factible. Pese a la corta curva de aprendizaje, no se observaron diferencias en cuanto a complicaciones ni mortalidad. Además, parece ofrecer ventajas como mejoría en parámetros analíticos, menor estancia en unidades de críticos y menos días de nutrición artificial.