



V-045 - DUODENOPANCREATECTOMÍA TOTAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA POR PANCREATITIS CRÓNICA DEGENERATIVA ASOCIADA A MUTACIÓN CEL-MODY8

Navinés-López, Jordi; Espín Álvarez, Francisco; Montraveta Querol, Montserrat; Pardo Aranda, Fernando; Cremades Pérez, Manel; Zárata Pinedo, Alba; Sentí Farrarons, Sara; Cugat Andorrà, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: La pancreatitis crónica hereditaria asociada a la diabetes juvenil tipo 8 (MODY8) se caracteriza por una inflamación crónica degenerativa del páncreas, ocasionada por mutación del gen de la carboxil-ester-lipasa (CEL), vinculado al desarrollo de las células pancreáticas y la secreción de insulina, lo que produce insuficiencia exocrina y diabetes. Se asocia a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de páncreas antes de los 40 años.

Caso clínico: Paciente de 18 años afectada de pancreatitis crónica hereditaria refractaria severamente sintomática, incluyendo pancreatitis aguda moderada recurrente, insuficiencia exocrina con deterioro ponderal, diabetes endocrina pancreatogénica y condición preneoplásica para adenocarcinoma de páncreas. El estudio mediante tomografía computarizada mostró cálculos del conducto pancreático principal de hasta 13 mm, atrofia pancreática, calcificaciones difusas y dilatación retrógrada del conducto pancreático principal de hasta 10 mm. Al tratarse de una condición preneoplásica, se propone como tratamiento la duodenopancreatectomía total precoz mínimamente invasiva robótica con preservación esplénica.

Discusión: Se describe el procedimiento totalmente robótico de duodenopancreatectomía Total con preservación esplénica. La intervención se subdivide en un primer bloque de disección de la cabeza pancreática y un segundo bloque de pancreatectomía distal preservadora de bazo. 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. 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 la arteria gastroduodenal. Tras la maniobra de Kocher se completa el plano de linfoadenectomía 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. Una vez seccionado el cuello pancreático se procede a la disección preservadora de vasos de la cola pancreática hasta el hilio esplénico. Tras el descruzamiento duodenal se procede a la disección del proceso uncinado y de la vena porta. La fase de reconstrucción consta de derivación bilio-entérica doble continua barbada y derivación gastro-entérica mecánica con *endowrist* 60 mm, cerrando el ojal con sutura barbada. El abordaje mínimamente invasivo para duodenopancreatectomía total y preservación esplénica puede ser

realizado por vía totalmente robótica, la cual puede tener un papel facilitador en esta técnica compleja dada su visión aumentada y precisión, minimizando el impacto metabólico asociado a la cirugía, sistematizando el procedimiento y permitiendo la preservación esplénica en un mismo tiempo gracias a la libertad de movimiento de los instrumentos robóticos.