



V-123 - PANCREATECTOMÍA CENTRAL CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX ROBÓTICA

Abad Moret, Rebeca; Núñez Núñez, Jordi; Ayuela García, Susana; Losa Boñar, Nuria; Arteaga Asensio, Pablo; Salinas Gómez, Javier; Hessheimer, Amelia J.; Fondevila Campo, Constantino

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La pancreatectomía central es un procedimiento infrecuente, que generalmente se realiza para extirpar lesiones benignas o de bajo grado de malignidad localizadas en el cuello-cuerpo proximal del páncreas. El objetivo primordial es preservar parénquima para evitar la insuficiencia pancreática endocrina y exocrina. Aunque se trata de una técnica con bajas tasas de mortalidad, presenta como inconveniente una nada desdeñable tasa de fístula pancreática. En la pancreatectomía central, el diámetro del conducto pancreático principal es menor respecto al restante en el caso de una duodenopancreatectomía cefálica. Además, la arteria esplénica a dicho nivel se encuentra en íntimo contacto con el parénquima pancreático. Por dichos motivos, es necesario una técnica quirúrgica avanzada y precisa. La anastomosis pancreática es un paso técnicamente demandante por vía laparoscópica. La implementación de la cirugía robótica puede facilitar la realización de este complejo procedimiento. Presentamos el caso de una pancreatectomía central con reconstrucción en Y de Roux robótica realizada en nuestro centro en un caso de sospecha de tumor neuroendocrino en istmo pancreático.

Caso clínico: Mujer de 58 años con hallazgo incidental de una lesión sólida en el istmo pancreático. Se realizó ecoendoscopia, mostrando una lesión de 14 mm hipoecogénica altamente vascularizada y próxima al conducto pancreático principal, presentando realce arterial y lavado precoz en fase venosa, sugestiva de tumor neuroendocrino pancreático. La citología fue negativa. Los valores de cromogranina A y enolasa neuroespecífica resultaron normales. Se decidió tratamiento quirúrgico en comité multidisciplinar. Se llevó a cabo una pancreatectomía central con reconstrucción en Y de Roux asistida por robot (Da Vinci Xi®). Con ecografía intraoperatoria, se identificó la lesión a nivel del cuello-cuerpo pancreático y se demarcaron las líneas de transección pancreática. Posteriormente, en la fase reconstructiva, se confeccionó una anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral y una anastomosis pancreato-yeyunal termino-lateral transmesocólica tutorizada tipo Blumgart. Se colocaron drenajes en la cara anterior y posterior de la anastomosis. La paciente fue dada de alta al 6.º día posoperatorio. Como complicaciones, desarrolló una fístula pancreática grado B, precisando llevar un drenaje 4 semanas. A los 6 meses del procedimiento la paciente hace vida normal y no presenta molestias relacionadas con la cirugía. La anatomía patológica reveló un cistoadenoma seroso de páncreas variante sólida con márgenes quirúrgicos libres.

Discusión: La pancreatectomía central mínimamente invasiva produce menor dolor posoperatorio,

menor estancia hospitalaria y una recuperación funcional más temprana, con una incidencia de fístula pancreática similar respecto al abordaje abierto. Con la aparición del abordaje robótico, se han superado ciertas limitaciones de la vía laparoscópica: permite un mayor rango de movimientos, eliminando el temblor fisiológico y ofreciendo una visión magnificada del campo quirúrgico. Por ello, constituye una vía de abordaje que puede facilitar procedimientos complejos que requieren movimientos más precisos, como la reconstrucción pancreática.