

Duodenopancreatectomía laparoscópica mano asistida: Reporte de un caso

JOSÉ DE VINATEA¹, LUIS VILLANUEVA¹, ÉDGAR GONZALES¹

¹Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Departamento de Cirugía General. Lima, Perú.

Resumen

Se presenta un caso de duodenopancreatectomía laparoscópica mano asistida exitosa, por neoplasia duodenal. Se muestra los aspectos técnicos de dicho procedimiento y se revisa la bibliografía en relación al tema.

Palabras clave: Pancreaticoduodenectomía; neoplasmas duodenales; laparoscopia.

Laparoscopic duodenopancreatectomy. Case report

Abstract

A case of successful hand-assisted laparoscopic duodenopancreatectomy for duodenal neoplasia is presented. Technical aspects of such procedure is presented as well as pertinent bibliography.

Key words: Pancreaticoduodenectomy; duodenal neoplasms; laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

La primera duodenopancreatectomía laparoscópica fue descrita en el año 1992, por Gagner^(1,2). Desde entonces, el mismo autor ha presentado otros casos, la mayoría realizado con el sistema mano asistida o con minilaparotomía laparoscópica⁽³⁾.

En la literatura Latinoamericana, no hay algún caso reportado hasta la actualidad. Aún no se ha demostrado los beneficios del abordaje laparoscópico en este tipo de cirugía. Sin embargo, creemos que un procedimiento mínimamente invasivo, adecuadamente realizado en un razonable tiempo quirúrgico, sin incrementar riesgos ni costos, debe ser una opción a evaluar. La recuperación de un paciente sometido a una cirugía de este grado de complejidad exige del organismo toda su capacidad de respuesta. Si podemos ofrecerle a un paciente mejorar esta capacidad de respuesta, podrá ser muy beneficioso. La ejecución del procedimiento debe ser llevada a cabo en un paciente adecuadamente seleccionado, contando con todos los recursos necesarios y con la aprobación del paciente.

REPORTE DEL CASO

Varón de 49 años, natural de Lima, acudió por presentar ictericia progresiva, epigastralgia y pérdida de peso de dos meses de evolución. Sin antecedentes de importancia. Los análisis de rutina mostraron un patrón colestásico, siendo el resto normal, incluyendo los marcadores tumorales (AFP, CEA, CA 19-9). La ecografía mostró una vía biliar dilatada (21 mm) y la



Figura 1. Radiografía contrastada del duodeno:
Estenosis 2^{da} y 3^{ra} porción.

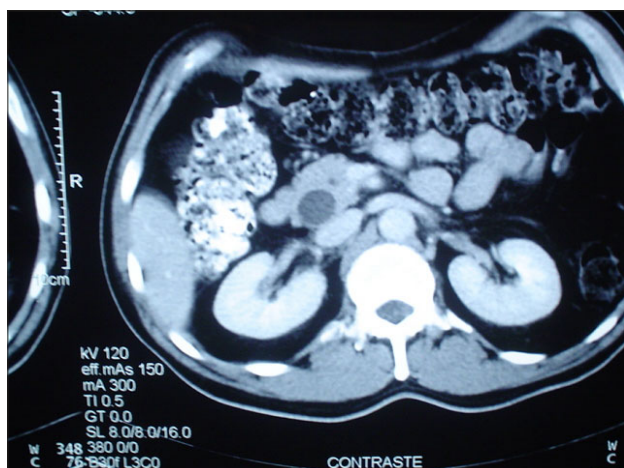


Figura 2. TAC Abdominal: Dilatación del colédoco. No tumoración pancreática. No adenomegalias.

vesícula sin cálculos. La radiografía de esófago, estómago y duodeno mostró estenosis de la segunda porción duodenal (Figura 1). En la tomografía abdominal, se encontró estenosis duodenal, dilatación marcada de la vía biliar intra y extra hepática, no hallándose tumoración en páncreas ni adenopatías (Figura 2). En la endoscopia alta, se observó tumoración proliferativa enseguida de la porción duodenal, que estenosa la luz. No se pudo canular la papila. Se tomó biopsias. Resultado de Anatomía Patológica (AP): adenocarcinoma tubular bien diferenciado.

El paciente fue operado el 30 de setiembre de 2003, realizándose una duodenopancreatctomía laparoscópica mano asistida (HALS); la operación duró 7h 30' con sangrado de 350 mL. El resultado de AP fue: adenocarcinoma tubular bien diferenciado de ampolla de Vater, patrón intra y periampular mixto, originado de adenoma tubular. La neoplasia infiltra el esfínter de Oddi, la pared de mucosa duodenal y el páncreas adyacente. No se evidencia invasión vascular ni perineural. Bordes de sección proximal y distal de intestino libres de neoplasia. Bordes de sección de colédoco y páncreas libres de neoplasia. Ganglios linfáticos libres de neoplasia (0/11) (Figura 3).

La evolución fue muy satisfactoria, produciéndose sólo una fugaz salida de bilis en

escasa cantidad que se resolvió espontáneamente, saliendo de alta al séptimo día. Actualmente, el paciente se encuentra en control ambulatorio y, luego de nueve meses, en óptimas condiciones, realizando sus trabajos habituales.

Con relación al procedimiento quirúrgico, se administró anestesia general, con el paciente en decúbito dorsal con las piernas separadas. Se realizó una incisión transversal de 7cm en fosa iliaca derecha y se colocó los trócares según Figura 4. Luego de explorar por vía laparoscópica y descartar metástasis a distancia, se procedió a una maniobra de Kocher amplia, la cual se realiza con la mano izquierda del cirujano dentro del abdomen, ayudado por los instrumentos usuales de laparoscopia (Figura 5).

Se logró precisar la reseccabilidad tumoral, en ausencia de compromiso de vena cava, porta ni vasos mesentéricos. No se palpó algún ganglio aumentado de tamaño. Se ubicó en el borde inferior del páncreas la vena mesentérica inferior y con disección roma se logró crear un túnel por detrás del páncreas y delante de la vena porta. Se calzó con una cinta umbilical el cuerpo del páncreas. Se liberó la curvatura mayor y menor del estómago hasta la región astral. Se ubicó la vía biliar, la cual fue disecada y separada de la vena porta, calzándose también con una cinta umbilical. Se fue al compartimiento inframesocólico, ubicándose el ángulo de Treitz, y se seccionó el yeyuno a unos 15 cm del ángulo de Treitz con ENDOGIA; con la tijera ultrasónica, se seccionó el mesenterio de dicha asa, hasta unirse con la tercera y cuarta porción duodenales, logrando pasar esta asa yeyunal hacia la zona del marco duodenal. Se ubicó la arteria gastroduodenal, la cual fue clisada y seccionada. El páncreas fue seccionado con sutura mecánica endo-GIA. Del mismo modo, fue seccionado el estómago a nivel del antro, con sutura mecánica. El conducto biliar fue seccionado y se colocó un pequeño clamp vascular (tipo bulldog), el cual ingresó por el agujero de uno de los trócares. Esta clamp es colocado en el conducto biliar para evitar la salida de bilis al campo quirúrgico. Se continuó la sección con maniobras romas y tijera ultrasónica, hasta la extracción completa de la pieza operatoria.



Figura 3. Pieza operatoria: Tumor duodenal que involucra ampolla de Vater.

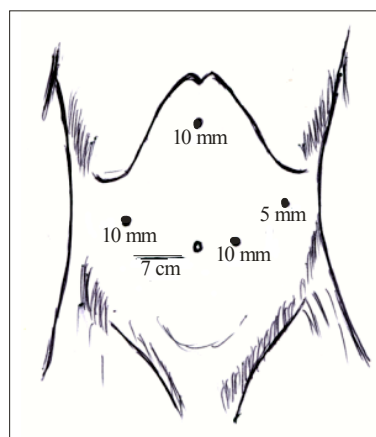


Figura 4. Posición de trócares e incisión para introducción de la mano.

La reconstrucción fue realizada con asa intestinal, de la siguiente manera: pancreatoyeyunoanastomosis término terminal con intususcepción, hepatoyeyunoanastomosis termino lateral y gastroenteroanastomosis latero lateral en cara posterior de cuerpo gástrico. Se colocó tres drenes, los cuales son extraídos por los agujeros de tres trócares. La cicatriz operatoria fue suturada en la forma usual. Se dejó una sonda nasoyeyunal, para alimentación temprana.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de duodenopancreatectomía laparoscópica mano asistida (HALS) sin preservación pilórica, por un caso de neoplasia duodenal. Se muestra la factibilidad de realizar este tipo de operación por vía laparoscópica, aunque con un tiempo operatorio más prolongado que en cirugía convencional; sin embargo, la evolución y complicaciones son semejantes al método convencional.

La técnica debe ser indicada en casos muy seleccionados y en centros donde se realice rutinariamente procedimientos laparoscópicos de avanzada.

Luego de demostrarse la factibilidad, el siguiente paso será mostrar las eventuales ventajas que aporta el método laparoscópico a

todo acto quirúrgico. Es posible que las ventajas de un método menos agresivo para una cirugía tan compleja como ésta solo puedan ser demostradas con el tiempo, en cierto tipo de pacientes, como por ejemplo, edad muy avanzada o portadores de enfermedad concomitante (4).

Habrà que evaluar en un futuro la relación entre los procedimientos y el cáncer y comparar la respuesta de los pacientes frente a las complicaciones. Se sabe que el porcentaje de las complicaciones de una cirugía de Whipple por cirugía convencional es alto, 30 a 40% (5,6), y algunos de estos pacientes se les puede perder



Figura 5. Posición de trócares.

por estas complicaciones. Tal vez, estas complicaciones presentadas en un paciente menos agredido por la cirugía podrían no ser fatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gagner M, Pomp A. Laparoscopic pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy. *Surg Endosc.* 1994;8:408-10.
2. Gagner M. Laparoscopic duodenopancreatectomy. En: Felicien M, editor. *Minimally invasive surgery and new technology.* St. Louis: Karen Berger; 1994.
3. Uyama I, Ogiwara H, Iida S, Takahara T, Furuta T, Kikuchi K. Laparoscopic minilaparotomy pancreaticoduodenectomy with lymphadenectomy using an abdominal wall-lift method *Surg Laparosc Endosc.* 1996;6(5):405-10.

4. Boland JP, Kusminsky RE, Tiley EH. Laparoscopic minilaparotomy with manipulation: the middle path. *Minimally Invasive Surgery.* 1993;2:63-7.
5. Murr MM, Sarr MG, Oishi AJ, van Heerden JA. Pancreatic cancer. *CA Cancer J Clin.* 1994;44:304-18.
6. Traverso LW, Longmire WP. Preservation of the pylorus in pancreaticoduodenectomy. *Surg Gynecol Obstet.* 1999;146:956-9.

Correspondencia:

*Dr. José De Vinatea
San Ignacio de Loyola 476. Dpto. 302
Lima 18, Perú
Correo-e: jomal@terra.com.pe*