



JESÚS G. FERIA

En 10 preguntas

Dr. Camilo Castellón Pavón Jefe asociado del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos

«En cirugías difíciles, la edad avanzada no es un impedimento»

María Bariego. MADRID

1. Recientemente han realizado una intervención a una paciente de 71 años en la que la extirpación, mediante abordaje robótico, la cabeza del páncreas, parte del estómago, la vesícula biliar, la vía biliar extrahepática, el duodeno, los primeros centímetros del yeyuno (parte del intestino delgado) y los ganglios regionales próximos a esta zona anatómica. ¿Cómo está la paciente?

Después de dos meses, la paciente se encuentra muy bien, sin complicaciones, comiendo y haciendo una vida normal.

2. La duodenopancreatectomía cefálica robótica es una de las intervenciones más difíciles de la cirugía digestiva y hepatobiliopancreática. ¿Por qué?

Es una técnica de gran complejidad, que requiere experiencia en cirugía pancreática abierta y en cirugía robótica, porque siempre hay que estar preparado para com-

pletar el procedimiento por vía abierta si fuera necesario. A nivel robótico exige una disección muy cuidadosa de la región duodenopancreática que está en íntimo contacto con estructuras vasculares muy importantes. Una vez resecada la pieza quirúrgica debe realizarse la fase de reconstrucción digestiva con diferentes anastomosis delicadas, especialmente la del páncreas. Además, en cirugía robótica el cirujano controla y maneja en todo momento los diferentes instrumentos quirúrgicos empleados, a diferencia de la cirugía laparoscópica en la que el cirujano ayudante tiene autonomía para realizar movimientos auxiliares.

3. ¿Cuánto tiempo duró la cirugía? ¿Y el postoperatorio?

La cirugía duró nueve horas. En cuanto al postoperatorio, estuvo una noche en la UCI. Posteriormente evolucionó favorablemente, sin complicaciones y estuvo ingresada ocho días.

4. ¿La edad ya no es un factor

limitante para las intervenciones complicadas?

Efectivamente. La edad media de diagnóstico de los tumores del páncreas es en torno a los 70 años. Con el envejecimiento progresivo de la población y los avances en técnicas diagnósticas, cada vez se detectan más pacientes con cáncer de páncreas. Esto supone un auténtico reto porque se unen una técnica quirúrgica muy compleja con importantes riesgos potenciales, más la edad avanzada del paciente al diagnóstico. Afortunadamente, en la actualidad la edad avanzada por sí sola no es una con-



Los resultados oncológicos con robótica son equiparables al método clásico»

traíndicación para realizar cirugías complejas. Sin embargo, la población geriátrica tiene mayor incidencia de enfermedades crónicas, son más vulnerables, con menor capacidad de recuperación después de una cirugía y mayor morbilidad postoperatoria. Por todo ello, es fundamental realizar un correcto abordaje multidisciplinar preoperatorio para intentar identificar aquellos factores o patologías que pudieran ser modificables y mejorar la situación funcional de estos pacientes, consiguiendo así que puedan afrontar una cirugía tan agresiva en las mejores condiciones y mejorar el pronóstico.

5. Era la primera vez que realizaban esta cirugía. ¿Qué fue lo más complicado?

Lo más complicado en muchos centros es disponer de un equipo multidisciplinar con experiencia e implicado. En este caso en nuestro hospital disponemos de grandes profesionales a los que estoy especialmente agradecido por su par-

ticipación, desde mis compañeros cirujanos, enfermeros, anestesiólogos y el Dr. Benedetto Ielpo, cirujano robótico de reconocido prestigio internacional.

6. Han operado a un segundo paciente. Cuénteme.

El segundo caso ha durado también nueve horas, con un ingreso hospitalario menor, de cinco días y también sin complicaciones.

7. ¿Qué aporta el robot a este tipo de intervención?

En esta técnica son fundamentales los beneficios generales de la cirugía robótica: visión tridimensional y magnificada, mayor precisión con un instrumental que permite movimientos de 360 grados, eliminación del temblor y una mayor ergonomía que disminuye la fatiga del cirujano. Desde el punto de vista clínico, los resultados oncológicos (extensión de la resección del tumor y supervivencia) son equiparables a los de la cirugía abierta, con menor sangrado quirúrgico, menos dolor postoperatorio, una recuperación más rápida con menor estancia hospitalaria y menor riesgo de hernias incisionales frente a la cirugía abierta al realizarse incisiones muy pequeñas.

8. ¿Qué características han de cumplir los pacientes para ser intervenidos con esta técnica?

La duodenopancreatectomía cefálica se realiza en pacientes con tumores del área periampular que incluye la cabeza del páncreas, la vía biliar distal, la ampolla de Vater y el duodeno. La cirugía robótica la reservamos para pacientes seleccionados: no muy obesos, sin cirugías abdominales previas relevantes y con tumores localizados que no comprometan los vasos principales.

9. ¿Si no pueden ser intervenidos qué tratamientos alternativos pueden recibir?

Los tumores con metástasis se tratan con quimioterapia. Los localmente avanzados que infiltran los vasos mesentéricos se tratan con quimioterapia y habitualmente radioterapia y se reevalúa si ha existido una respuesta con reducción del tumor y se pueden operar. Pero estos casos son más complejos para tratamiento robótico.

10. ¿Por qué el páncreas es uno de los órganos más difíciles de operar?

Por su localización profunda en el retroperitoneo, y por su relación con estructuras vasculares de gran calibre, como la arteria mesentérica superior, la vena mesentérica superior y la vena cava inferior.