



P-205 - ¿Es la Enucleación de la Neoplasia Intraductal Papilar Mucinoso de rama secundaria localizada en cabeza pancreática y proceso uncinado la mejor opción quirúrgica actual?

B. Sánchez Pérez, J.L. Fernández Aguilar, F.J. Díaz León, J.A. Pérez Daga, M.E. Gámez Córdoba, C. Rodríguez Silva, M.Á. Suárez Muñoz y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El diagnóstico radiológico de neoplasias intraductales papilares mucinosas de rama secundaria (NIPM-B) de pequeño tamaño (< 3 cm) localizadas en cabeza del páncreas y proceso uncinado es cada día más frecuente. Las últimas Guías de Práctica Clínica de 2012 recomiendan el seguimiento en lesiones menores de 3 cm. No obstante, la clínica recurrente (pancreatitis) y la probabilidad de malignización (6-46%) obligan a considerar una actitud quirúrgica. Sin embargo, la elevada morbilidad de las resecciones pancreáticas regladas (DPC, pancreatectomías centrales) aconseja realizar técnicas más conservadoras como la enucleación pancreática (EP), ya sea por vía abierta o laparoscópica.

Caso clínico: Paciente varón 37 años que presentó tres episodios de pancreatitis aguda no filiada (junio 2012 -Grado C, noviembre 2013- Grado D y agosto 2013 - Grado C). El TAC abdominal mostraba una tumoración quística pancreática de 1,8 cm en proceso uncinado compatible con cistoadenoma seroso. Sin embargo, la RM evidenció una lesión quística polilobulada de 2,5 cm en proceso uncinado compatible con NIPM-B. La eco-endoscopia mostro un tumor quístico compuesto por múltiples quistes septados menores de 1 cm compatible con cistoadenoma seroso. Ante la presencia de tumoración quística, sintomática y con sospecha de NIPM-B no invasiva se planteó enucleación pancreática por vía laparotómica. Intraoperatoriamente, se localizó la lesión y su relación con el Winsurg mediante eco io. Se realizó la enucleación mediante electrobisturi y disección roma suave, separando de la vena mesentérica superior donde se apoyaba lateralmente. Se realizó biopsia io por congelación siendo negativa. La cavidad se rellenó con cola sellante sintética y se dejó un drenaje aspirativo de silicona. El paciente presentó fístula pancreática de bajo débito (Grado A) que se resolvió con tratamiento inhibitor. Fue alta el 10 día postoperatorio. AP: NIPM con displasia leve. Bordes de resección no afectos.

Discusión: La enucleación pancreática se define como la exéresis tumoral sin resección parenquimatosa adyacente, que en el caso de las NIPM, debe incluir identificación y sutura del conducto pancreático. Inicialmente, esta técnica, se utilizó para tumores neuroendocrinos y tumoraciones quísticas benignas. Sin embargo, hoy en día se plantea como alternativa quirúrgica frente a resecciones pancreáticas regladas para la NIPM. Es necesario descartar preoperatoriamente ausencia de dilatación del Winsurg y capacidad de preservar el mismo, así como

de signos de malignidad (engrosamiento parietal localizado, proliferación endoquística y masa tisular). Intraoperatoriamente es necesario objetivar un plano de separación individualizable para evitar la lesión del conducto principal, así como identificación de metástasis ganglionares o biopsia positiva. Así mismo, es imprescindible disponer de ECO io para la perfecta localización de la lesión, el conducto principal y la relación entre ambos. De igual manera, es estrictamente necesaria la biopsia por congelación para descartar afectación de los márgenes de resección. La EP aporta como ventaja una mortalidad < 1% aunque asocia un riesgo significativo de fístula pancreática (30-51%) que están ampliamente justificado por las bajas tasas de recidivas, el riesgo casi nulo de insuficiencia pancreática endocrina y exocrina y la ausencia de problemas digestivos a corto y largo plazo.