



P-415 - ESPLENOPANCREATECTOMÍA CORPORO-CAUDAL CON RESECCIÓN DEL TRONCO CELIACO Y ANASTOMOSIS ARTERIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS BORDERLINE

M. Hernández García, F. Pereira Pérez, G. Ortega Pérez, B. Martínez Torres, J.M. Rodríguez Vitoria, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández y Á. Serrano del Moral

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en el cáncer de páncreas localizado (estadios I y II), en los pacientes con tumores localmente avanzados (estadio III) sólo el abordaje multidisciplinar permite supervivencias prolongadas en pacientes seleccionados. El grupo denominado "resecables borderline" incluye todos aquellos tumores que al diagnóstico, en ausencia de enfermedad a distancia, presentan afectación de la arteria mesentérica superior en menos de la mitad de su circunferencia, afectación del eje venoso esplenoportal sin afectación arterial o de la arteria hepática común. La combinación de tratamientos neoadyuvantes que disminuyen el volumen tumoral, las técnicas quirúrgicas que permiten la extirpación y reconstrucción vascular brindan una opción terapéutica con intención curativa.

Caso clínico: Varón de 76 años sin antecedentes de interés, remitido tras hallazgo de masa pancreática durante estudio por dolor abdominal. En ecografía de abdomen se objetiva masa de 2,6 × 3,4 cm en cuerpo pancreático que estenosa arteria hepática y comprime la arteria esplénica. El TC abdominal muestra trombosis de vena esplénica. PAAF con adenocarcinoma de páncreas. Destaca CA 19-9 de 185 UI/ml, trombopenia (90.000). Estudio de extensión sin hallazgos. Dada la edad y situación del paciente, PS 1-2 y trombopenia se opta monoterapia con gemcitabina. Tras dos ciclos, presenta marcada neutropenia y trombopenia. El paciente consulta en otro centro para una segunda opción terapéutica. Se propone continuar con gemcitabina-abraxane, recibiendo seis ciclos con buena tolerancia. El TC de reevaluación describe repermeabilización de vena esplénica próxima a su unión con vena porta, resto sin cambios. Es remitido a nuestro centro para valorar cirugía. En Comité de Tumores Digestivos se propone laparoscopia de estadificación. La laparoscopia no muestra enfermedad peritoneal ni hepática, aunque sí hipertensión venosa. Se decide quimio-radioterapia neoadyuvante durante seis semanas con gemcitabina y posteriormente pancreatectomía corporocaudal con resección del tronco celiaco. El TC de reevaluación previo a la cirugía informa de tumoración hipodensa en cuerpo de páncreas que rodea dos tercios distales del tronco celiaco y completamente las arterias hepática y esplénica, produciendo varias muescas en estas dos últimas. Rodea en menos de 180° la salida de arteria mesentérica superior. Rodea y colapsa la unión porta-esplénica sin evidencia de trombosis. No evidencia de metástasis. Se realiza esplenopancreatectomía corporo-caudal con resección del tronco celiaco con anastomosis vascular de arteria hepática izquierda/gástrica izquierda al muñón de la arteria hepática común. El postoperatorio transcurrió sin

complicaciones, excepto intolerancia digestiva prolongada que requirió soporte nutricional, y fue dado de alta tras cuatro semanas de hospitalización. La anatomía patológica definitiva demostró adenocarcinoma de páncreas ypT3N0L0V0R0 (10% de tumor viable). Actualmente, a los siete meses de la cirugía, el paciente se encuentra asintomático, con vida activa. En última revisión presenta CA 19.19 de 21 UI/ml y no hay evidencia de enfermedad en pruebas de imagen.

Discusión: El abordaje multidisciplinar de inicio, junto con los avances en la técnica quirúrgica han permitido redefinir las fronteras terapéuticas en cáncer de páncreas. Pacientes en los que hasta hace poco sólo era posible el tratamiento con intención paliativa, pueden ahora beneficiarse de un enfoque multidisciplinario que, mediante la combinación de quimio y radioterapia adyuvantes con las técnicas quirúrgicas más avanzadas, permiten el tratamiento radical con intención curativa.