



P-019 - UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PANCREÁTICA INTRAOPERATORIA EN LAS NEOPLASIAS QUÍSTICAS MUCINOSAS

M. di Martino, E. Martín-Pérez, S. Salido Fernández, J.L. Muñoz de Nova, M.M. Achalandabaso Boira, A. Abascal Amo, J. Delgado Valdueza y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La ecografía intraoperatoria representa una importante ayuda diagnóstica en la valoración intraoperatoria de las lesiones pancreáticas. Aunque no sustituye las pruebas de imagen preoperatorias, puede identificar lesiones no palpables, llevar a cabo la estadificación local del tumor y planificar la estrategia quirúrgica más adecuada. Presentamos dos casos de neoplasia quística mucinosa pancreática valoradas con ecografía intraoperatoria.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 44 años con antecedentes de apendicectomía y hemicolectomía derecha por carcinoide apendicular. En el estudio de extensión de la lesión apendicular se aprecian en TC dos lesiones quísticas de 1,6 y 1,2 cm en cuerpo pancreático sin poder descartar que se trate de una única lesión, compatible con neoplasias quísticas sin dilatación del conducto pancreático principal. En la RM se describe una única lesión multiquística en el cuerpo pancreático, con quiste dominante de 30 mm. PAAF: no signos de malignidad. En la exploración intraoperatoria, una vez expuesto el páncreas se realiza una ecografía intraoperatoria con sonda lineal en T, de 7,5 Mhz, visualizando tres lesiones quísticas independientes de 2, 1,8 y 1 cm, respectivamente, con paredes lisas, homogéneas, sin dilatación del conducto pancreático principal, ni relaciones de contigüidad con los vasos esplénicos. Se realizó una enucleación de las tres lesiones. Evolución clínica satisfactoria, alta al quinto día. Anatomía patológica: neoplasias quísticas mucinosas con displasia de bajo grado. Caso 2: mujer de 39 años con antecedentes de litiasis renal y pielonefritis de repetición. En el seguimiento de su patología renal, se detecta en TC abdominal una lesión de apariencia quística de 1,5 cm, con alguna calificación periférica en la unión cabeza-cuerpo pancreática y otra de 2,6 cm de características similares en la cola. En la RM se aprecian dos lesiones quísticas pancreáticas que plantean como primera posibilidad diagnóstica pseudoquistes pancreáticos, sin poder descartar neoplasias quísticas. La concentración intraquística de CEA fue de 360 ng/ml. En la exploración quirúrgica, la ecografía intraoperatoria releva una lesión a nivel de cara anterior de cuerpo pancreático, de 2 cm con calcificaciones excéntricas y otra de 3 cm de similares características en la cola, ambas sin comunicación con el conducto de páncreas, que no se encuentra dilatado y sin relación de contigüidad con los vasos. Se realiza enucleación de las dos lesiones. Anatomía patológica: neoplasia quística mucinosa.

Discusión: A pesar de las mejoras en las pruebas de imagen preoperatorias, la ecografía intraoperatoria es una técnica importante para planificar la cirugía de diversas enfermedades

pancreáticas. En las neoplasias quísticas mucinosas y debido a su potencial transformación maligna, la resección completa es el tratamiento de elección. La técnica quirúrgica depende del tamaño, localización y sospecha de malignización y varía desde la enucleación o resecciones limitadas hasta la pancreatectomía total. Al tratarse frecuentemente de neoplasias no invasivas, debe intentarse una cirugía conservadora mediante resecciones económicas. La información aportada por la ecografía intraoperatoria es decisiva para la toma de decisiones correctas, y permite identificar y caracterizar las lesiones, ver las relaciones vasculares y la proximidad al conducto pancreático y determinar los planos óptimos de disección en la cirugía de las neoplasias quísticas mucinosas.