



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-208 - CIRUGÍA RESECTIVA TRAS NEOADYUVANCIA EN EL ADENOCARCINOMA DE CUERPO PANCREÁTICO (INTERVENCIÓN DE APPLEBY): UN RETO TERAPÉUTICO

*Flores Clotet, Roser; García Borobia, Francisco Javier; Serracant Barrera, Anna; Romaguera Monzonis, Andreu; Bejarano González, Natalia; García Monforte, Neus; Falcó Fages, Joan; Navarro Soto, Salvador*

*Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.*

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar el manejo de una paciente con adenocarcinoma de cuerpo pancreático borderline potencialmente resecable, con respuesta a la quimioterapia neoadyuvante. Descripción de un caso de tumor de cuerpo pancreático borderline potencialmente resecable y revisión de la bibliografía publicada.

**Caso clínico:** Mujer de 53 años inicialmente diagnosticada de pancreatitis aguda. A raíz de TC abdominal se objetiva una lesión sólida en cuerpo pancreático, con contacto tumoral con la arteria mesentérica superior y el tronco celíaco. Ecoendoscopia + PAAF: positivo para adenocarcinoma. La paciente requiere tratamiento con parche de fentanilo para control del dolor. Realiza quimioterapia neoadyuvante. En TC de control se aprecia respuesta tumoral persistiendo contacto con el tronco celíaco. Se decide realización de embolización de la arteria hepática común para conseguir inversión y aumento del flujo a través de la arteria gastroduodenal. Dos semanas después se realiza cirugía de Appleby: pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía, resección del tronco celíaco y linfadenectomía. Anatomía patológica definitiva: ypT4 ypN0. Grado de regresión tumoral 2b. Como complicaciones: intraoperatorias: mala perfusión del fundus gástrico que obliga a una gastrectomía vertical de necesidad tipo Sleeve. Postoperatorias: isquemia gástrica de la curvatura mayor secundaria a mala perfusión de ramas gastroepiploicas. Gastrectomía tubular a los 3 días de la cirugía inicial. Isquemia de lóbulo hepático izquierdo secundaria a mala perfusión de arteria hepática izquierda. Inicialmente manejo conservador requiriendo desbridamiento y necrosectomía del hígado izquierdo 3 semanas después de la cirugía inicial. Fístula gástrica de la porción más proximal de la sutura vertical. Inicialmente manejo conservador pero ante la persistencia de la fuga se decide colocación de prótesis gástrica. Por intolerancia a la misma se retira y se mantiene con nutrición enteral hasta tránsito gastroduodenal que muestra cierre de la fuga. La paciente es dada de alta a los tres meses de la cirugía. Actualmente se encuentra en el sexto mes tras cirugía con estabilidad de la enfermedad y sin dolor abdominal.

**Discusión:** La neoplasia de cuerpo y cola pancreática suele diagnosticarse en un estadio avanzado por la ausencia de síntomas. La afectación del tronco celíaco por adenocarcinomas de cuerpo y cola de páncreas se consideraba una contraindicación absoluta. En pacientes seleccionados con respuesta tumoral a la neoadyuvancia puede plantearse esta estrategia oncoquirúrgica, que permite

la resección del tronco celíaco preservando la arteria gastroduodenal para irrigar el hígado y el estómago. Previo a la cirugía se recomienda, aunque no siempre es efectivo, realizar una oclusión de la arteria hepática común para aumentar el flujo sanguíneo colateral mediante la arteria gastroduodenal. La gastrectomía vertical es un recurso de necesidad que permite preservar tejido gástrico de cara a la nutrición futura del paciente. Esta cirugía permite aumentar la resecabilidad (resección R0) de la neoplasia de cuerpo y cola pancreática localmente avanzada con respuesta a la quimioterapia neoadyuvante y ofrece a los pacientes una mejor calidad de vida gracias a un mejor control del dolor.