



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-135 - PANCREATECTOMÍA CENTRAL LAPAROSCÓPICA

Lozano Nájera, Ana¹; Zozaya Larequi, Gabriel²; Martí Cruchaga, Pablo²; Esteban Gordillo, Sara²; Luján Colas, Juan²; Almeida Vargas, Ana²; Blanco Asensio, Nuria²; Rotellar Sastre, Fernando²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; ²Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Resumen

Objetivos: La pancreatectomía central laparoscópica está indicada en lesiones benignas o de bajo potencial de malignidad, localizadas en el cuello o cuerpo del páncreas que no son subsidiarias de enucleación. Su objetivo es preservar la mayor cantidad de parénquima posible garantizando una mayor funcionalidad pancreática. Por tanto, se presenta un vídeo donde se muestra la realización de una pancreatectomía central laparoscópica.

Caso clínico: Paciente de 18 años con una lesión de 4 cm en el cuerpo del páncreas identificada de forma incidental en una ecografía. En el TAC y RMN la lesión descrita comprime parcialmente la vena esplénica. Se realiza ecoendoscopia + PAAF, siendo diagnosticado de neoplasia sólida pseudopapilar. Ante estos hallazgos se decide realizar pancreatectomía central laparoscópica. La intervención quirúrgica inicia accediendo a la transcavidad de los epiplones. El páncreas es expuesto al retraer el estómago cranealmente. Con un transductor ecográfico se delimita el tumor y su relación con el conducto pancreático. Se inicia la disección del borde inferior del páncreas y del túnel retropancreático sobre la vena mesentérica superior. Una vez liberado, se secciona la parte proximal del páncreas con endograpadora y se libera la tumoración de la vena esplénica, ligando las venas pancreáticas. Se disecciona el borde superior del páncreas y se libera de la arteria esplénica. Tras superar la tumoración, se colocan dos suturas hemostáticas en el borde inferior y superior del páncreas y se secciona el borde distal con bisturí monopolar o armónico. Una vez extirpada la pieza tumoral, se inicia la reconstrucción digestiva en "Y de Roux". El primer asa yeyunal se secciona y se asciende de forma transmesocólica para iniciar la anastomosis pancreatoyeyunal. Primero se realiza una sutura continua con sutura barbada de 3/0, uniendo el borde antimesentérico de serosa yeyunal con la cara posterior de la cápsula pancreática. Se abre un orificio en la capa seromuscular del yeyuno evertiendo la mucosa. La anastomosis ducto-mucosa se realiza mediante 4 puntos cardinales de sutura monofilamento absorbible de 5/0 entre la mucosa del yeyuno y el ducto pancreático. Antes del último punto se coloca un tutor en el conducto de Winsurg que se introduce en el asa yeyunal. Esta anastomosis se completa con otra línea de sutura continua entre el borde anterior del páncreas y la serosa yeyunal con sutura barbada continua de 3/0. Tras realizar la anastomosis se coloca pegamento de fibrina sobre la disección vascular y drenaje sobre la anastomosis. Finalmente, se completa la reconstrucción realizando el pie de asa y cerrando el defecto mesentérico. Se inicia tolerancia el primer día posoperatorio y se progresa posteriormente. El paciente es dado de alta el 5º día posoperatorio. El octavo día se realiza TAC de control sin mostrar hallazgos relevantes y se retira el drenaje.

Discusión: Siendo el fundamento principal de esta técnica la preservación de parénquima pancreático, la pancreatectomía central laparoscópica debe ser considerada una opción terapéutica en pacientes portadores de neoplasias benignas o de bajo grado de malignidad que comprometan el cuello y cuerpo del páncreas.