



VC-060 - DUODENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGMENTARIA POR GRAN TUMORACIÓN PERIAMPULAR: ABORDAJE AL LÍMITE DE LA VÍA BILIAR

Acosta Mérida, M^a Asunción; Álvarez García, Anabel; Casimiro Pérez, Jose Antonio; Fernández Quesada, Carlos; Callejón Cara, M^a del Mar; Piñero González, Luis; Ortiz López, David; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Se presenta un caso de gran tumoración duodenal periampular que plantea un abordaje quirúrgico complejo.

Caso clínico: Mujer de 72 años, sin antecedentes de interés, valorada en Consultas de Cirugía tras hallazgos radiológicos (ecografía y escáner abdominal) de tumoración en la 2^a-3^a porción duodenal de 6-7 cm, solicitados por clínica de dispepsia y colestasis. Completado el estudio con endoscopia digestiva alta (EDA) y biopsia (que descarta malignidad), se programa para cirugía. Se inicia duodenectomía laparoscópica y se decide conversión a cirugía abierta dada la proximidad de la desembocadura de la papila al margen proximal de la resección. Se realiza colecistectomía, exploración de la vía biliar y colocación de drenaje Kehr. El tránsito se reconstruye mediante anastomosis duodeno-yeyunal laterolateral manual (vídeo). Posoperatorio inicialmente favorable, con disminución progresiva de débito por los drenajes, procediendo a su retirada e inicio de dieta progresiva. Los pinzamientos intermitentes del tubo de Kehr inicialmente son bien tolerados, pero tras aumentar la duración de su cierre la paciente comienza con dolor abdominal. Se solicita colangiorresonancia magnética (CPRM) que pone de manifiesto estenosis de la vía biliar a nivel de la papila de Vater, comprobando mediante EDA que esta se encuentra englobada en la anastomosis quirúrgica entérica. Ante los hallazgos, se realiza dilatación de la vía biliar por radiología vascular intervencionista (RAVI) mediante colangiografía trans-Kehr y colocación de drenaje biliar interno-externo. La técnica resulta exitosa, con buena tolerancia a pinzamientos intermitentes del drenaje biliar, cada vez más prolongados, hasta su cierre. Mantiene favorabilidad clínica y analítica por lo que se decide alta tras dos meses de la intervención, con diagnóstico anatomopatológico de adenoma tubulovelloso, pendiente de revisión por RAVI de forma ambulatoria. La paciente se mantiene asintomática, en seguimiento conjunto por cirugía y RAVI en consultas externas, comprobándose en las revisiones la permeabilidad de la vía biliar.

Discusión: Las tumoraciones benignas de 2^a-3^a porción duodenal, no susceptibles de tratamiento endoscópico, constituyen un reto quirúrgico por su proximidad con la desembocadura de la vía biliar y el conducto pancreático. La realización de una duodenectomía segmentaria, con el fin de evitar la elevada morbimortalidad de una duodeno-pancreatectomía cefálica, puede ser una opción segura y curativa, siempre que se preserve la integridad de la papila.