



## VC-075 - PANCREATECTOMÍA IZQUIERDA CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA (TÉCNICA DE KIMURA) LAPAROSCÓPICA

*Córcoles Córcoles, Marta; Martínez Blasco, Amparo; Durán Bermejo, María Isabel; Ortiz Tarín, Inmaculada; Pareja Ibars, Eugenia; Pérez Rubio, Álvaro; Parra Muñoz, Ana; Domingo del Pozo, Carlos*

*Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.*

### Resumen

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEp) representan el 1-3% de los tumores pancreáticos, detectándose un aumento de la incidencia en los últimos años, debido a la mejoría en las pruebas diagnósticas. La mayoría son esporádicos, asociándose entre un 1-2% a síndromes familiares. Clínicamente pueden ser funcionantes o no funcionantes. En el caso de los TNEp funcionantes y no funcionantes G1 y G2 > 2 cm, la resección quirúrgica con intención curativa es el tratamiento de elección. Sin embargo, en los TNEp no funcionantes < 2 cm, el manejo es controvertido. En el caso de los tumores de cuerpo y cola pancreáticos, existen varias opciones quirúrgicas, que van desde la pancreatectomía izquierda oncológica radical hasta la cirugía preservadora de parénquima pancreático, esplénico y vascular, en función de las características del tumor y su localización. Esto último, repercute en menor insuficiencia pancreática endo y exocrina, así como mantener la función inmunológica esplénica. Existen dos variantes quirúrgicas para la preservación esplénica. La primera fue descrita por Kimura y requiere la disección y esqueletización tanto de la vena como de la arteria esplénica, mientras que la segunda estrategia, descrita por Warshaw, requiere la división de la arteria y vena esplénicas en el punto de transección del páncreas y, de nuevo, cerca del hilio esplénico. En esta última variante el bazo recibe el suministro sanguíneo a través de los vasos cortos del estómago y los vasos gastro-epiploicos izquierdos.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 19 años que consulta en Urgencias por dolor abdominal y diarrea. Inicialmente se sospecha enfermedad inflamatoria intestinal que posteriormente se descarta. Ante la persistencia de la clínica, se realiza ecografía abdominal donde se evidencia tumoración quística en cuerpo pancreático. Se completa el estudio mediante RMN pancreática, estudio hormonal, PET-TC Galio68, ecoendoscopia y PAAF confirmando la presencia de lesión quística en cuerpo pancreático de 17 × 15 mm compatible con tumor neuroendocrino de bajo grado no funcionante. Inicialmente, se decide actitud expectante y seguimiento dado el tamaño de la lesión. Sin embargo, ante el aumento de la lesión (19 × 20 mm) en la RMN pancreática de control, se decide presentar en comité multidisciplinar indicándose intervención quirúrgica. Se realiza pancreatectomía izquierda con preservación esplénica (técnica de Kimura) laparoscópica, sin complicaciones. Tras la intervención la paciente evoluciona de forma adecuada siendo dada de alta el 4º día posoperatorio. Finalmente, tras estudio de la pieza por anatomía patológica se confirma tumor neuroendocrino bien diferenciado no funcionante de cuerpo pancreático con márgenes libres, Ki67 del 2%, < 1 mitosis por 2 mm<sup>2</sup>, sin invasión linfovascular ni perineural y sin afectación

ganglionar (pT1pN0).

**Discusión:** La técnica de Kimura se considera una buena opción en tumores benignos o de malignidad intermedia localizados en cuerpo y cola pancreática, ya que consigue mayores tasas de conservación esplénicas tanto intraoperatorias como a largo plazo. Además, se asocia con una menor incidencia de fistulas pancreáticas, infartos esplénicos y varices gástricas que el Warshaw. Sin embargo, es técnicamente más exigente que la esplenopancreatectomía corporocaudal convencional o que la técnica de Warshaw, por lo que debe ser realizada por cirujanos expertos.