



# Cirugía Española



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

## P-209 - PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA, ABORDAJE SEGURO EN LAS LESIONES CORPOROCAUDALES COMPLEJAS DE PÁNCREAS

*Martín, Belén; Gonzalo, Berta; Galán, Clara; Rodríguez, Manuel; Cerdán, Gemma; Artigas, Viçens*

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** La pancreatectomía distal (PD) mediante abordaje laparoscópico está plenamente consolidada para la resección de lesiones premalignas y malignas del páncreas distal. El tamaño de las lesiones y la afectación de estructuras adyacentes dificulta dicho abordaje. El abordaje laparoscópico con el paciente en decúbito supino, puede asociarse a dificultades en la liberación del ángulo esplénico del colon y en la movilización esplénica. Las lesiones de gran tamaño pueden ser un factor que impida la realización o de conversión de esta técnica. Con nuestra revisión queremos reflejar que este abordaje puede realizarse de forma segura con un bajo índice de complicaciones y de conversión.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 46 PD laparoscópicas, asociada o no a una esplenectomía, practicadas en un período de 10 años (2007-2017), en nuestro centro como Hospital terciario y de referencia. Se valora la edad, los métodos diagnósticos, el tamaño de la lesión, la técnica de sección pancreática, la inclusión del bazo, las cirugías asociadas, la tasa de complicaciones y de conversión y la estancia media hospitalaria de los pacientes.

**Resultados:** La edad media fue de 59 años, por sexo, 47,82% varones (22), 52,17% mujeres (24). Las tumoraciones pancreáticas las dividimos en lesiones benignas: 5 cistoadenomas serosos, 8 cistoadenomas mucinosos, 2 pseudoquistes, lesiones premalignas: 8 tumores quísticos mucinosos pancreáticos, 2 tumores sólidos pseudo papilares, 17 tumores neuroendocrinos y lesiones malignas: 5 adenocarcinomas y 1 caso de cáncer renal metastásico. La ecografía abdominal que se realizó en todos los casos, seguida de la tomografía computarizada (TC) abdominal (43) y la colangiografía RMN en 28 casos. El tamaño medio de las lesiones era de 46 mm. El cierre del muñón distal se realizó en el 87% (40) de los casos con grapado mecánico, con electrocoagulación en el 8,7% (4) y con grapado más sutura en el 4,3% (2). El número de trócares utilizados fue mayoritariamente de 4 (32 pacientes), en 12 casos de 5 y en 2 casos 6 trócares. Se realizaron 9 esplenopancreatectomías (19,5%), el resto pancreatectomía distal, asociándose a otros procedimientos secundarios como 4 colecistectomías, una ooforectomía, una herniorrafia umbilical y una suprarrenalectomía. El índice de conversión en nuestra serie fue del 2,2%. La morbilidad global fue del 35%; la fístula pancreática representó el 19,5% (9 casos). Las complicaciones médicas asociadas del 17,4% (neumonía, neumotórax, trombosis venosa esplénica) y la mortalidad nula. La estancia media fue de 11 días.

**Conclusiones:** La indicación para la PD laparoscópica han cambiado en el tiempo. En la actualidad,

se realiza por múltiples enfermedades pancreáticas cada vez más frecuentes. Técnicamente puede realizarse de forma segura, con una baja y casi nula mortalidad, pero con una morbilidad no desdeñable. Estas complicaciones se asocian habitualmente al desarrollo de una fístula pancreática a partir de la línea de sección del páncreas. Este abordaje, realizado por cirujanos experimentados y en centros de referencia, puede realizarse de forma segura con bajo índice de complicaciones.