



V-002 - DUODENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR ADENOCARCINOMA EN 3ª-4ª PORCIÓN DUODENAL

Gadea Mateo, Ricardo; Fernández Moreno, M Carmen; Garces Albir, Marina; Barrios Carvajal, M Eugenia; López Mozos, Fernando; Martí Obiol, Roberto; Ortega Serrano, Joaquín

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: El adenocarcinoma duodenal es una entidad poco frecuente, originado en la mayoría de casos a partir de un adenoma y cuya escasa sintomatología en estadios iniciales suele conllevar a un retraso en el diagnóstico. Nuestro objetivo es describir este caso clínico por su escasa frecuencia y por los aspectos técnicos que se consideraron para su abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 73 años, con antecedentes de cólicos biliares de repetición y epigastralgia que en el estudio de una anemia ferropénica es diagnosticada de una tumoración de 3ª-4ª porción duodenal. En el estudio de la lesión se practicó una endoscopia que localizó la lesión entre la 3ª-4ª porción duodenal realizándose tatuaje de la zona de la mucosa erosionada. Mediante ecoendoscopia se confirmó la existencia de una lesión excrecente en 3ª-4ª porción duodenal que no permitía el paso del endoscopio con especulación a nivel de la serosa (signo de rotura de la misma) y adenopatías menores de 1 mm. Se practicó biopsia de la lesión con diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante. La TC para el estudio de extensión no mostró otras lesiones a distancia. Tras comentar el caso en comité multidisciplinar de tumores se decidió resección quirúrgica. Optamos por un abordaje laparoscópico practicando una duodenectomía de la 3ª-4ª porción duodenal con anastomosis duodeno-yeyunal latero-lateral a la cara anterior de la 2ª porción del duodeno. En el posoperatorio inmediato la paciente presentó un retraso del vaciamiento gástrico grado B de la clasificación de la ISGPS (International Study Group of Pancreatic Surgery) que se manejó de forma conservadora. Se testó la anastomosis mediante tránsito baritado esofagogástrico-duodenal y endoscopia sin encontrar dehiscencia de sutura ni estenosis de la misma. Tras el alta, el día 23 del posoperatorio, no presentó nuevas complicaciones. El informe anatomopatológico definitivo objetivó un adenocarcinoma infiltrante de alto grado de 5,5 cm de diámetro que infiltra la serosa intestinal, con infiltración linfovascular, márgenes distal y proximal libres de infiltración neoplásica y ninguna adenopatía afecta (pT4 N0 (0/5) Mx). La paciente se encuentra libre de enfermedad 12 meses después del procedimiento.

Discusión: La duodenectomía segmentaria laparoscópica es una opción de tratamiento en el adenocarcinoma duodenal según la localización y en ausencia de infiltración pancreática. Las resecciones segmentarias han demostrado buenos resultados en términos de supervivencia e intervalo libre de enfermedad, la duodeno-pancreatectomía no siempre es necesaria en el tratamiento de tumores de duodeno.