



P-014 - MANEJO DE LAS NEOPLASIAS QUÍSTICAS PANCREÁTICAS EN NUESTRO HOSPITAL

M.T. Villegas Herrera¹, N. Pineda Navarro¹, K. Muffak Granero¹, A. Becerra Massare¹, Y. Fundora Suárez¹, D. Garrote Lara¹ y J.A. Ferron Orihuela²

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ²Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca.

Resumen

Objetivos: El termino neoplasia quística pancreática (NQP) engloba diversas entidades con distintito potencial maligno. Las más frecuentes son el cistoadenoma seroso (CAS), la neoplasia quística mucinosa (NQM), la neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM) y el tumor sólido pseudopapilar (TSSP). Es preciso realizar el diagnostico diferencial preoperatorio, basado en la historia clínica y en las pruebas de imagen, para establecer la opción de tratamiento más adecuada para cada lesión y para cada paciente. El objetivo del presente trabajo es presentar nuestra experiencia en NQP.

Métodos: Análisis retrospectivo de las NQP intervenidas en los últimos 5 años (2008-2012) en nuestro hospital. Las variables analizadas fueron: edad, clínica, diagnóstico pre-operatorio, técnica quirúrgica, diagnostico anatomopatológico, complicaciones post-operatorias y estancia global.

Resultados: Desde enero de 2008 hasta diciembre 2012, en nuestro centro se han realizado 145 intervenciones sobre el páncreas, de estas, 19 fueron con el diagnostico preoperatorio de NQP, lo que representa el 13% de todas las intervenciones de páncreas. El 68% fueron mujeres. La edad media fue de 56 años (20-78). Los pacientes se encontraban asintomáticos en el 38% de los casos, el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal en el 47% de los casos, pancreatitis aguda en el 10%, y síndrome constitucional en el 5%. Se realizaron las siguientes pruebas de imagen: Ecografía abdominal en el 47% de los casos, tomografía axial computarizada (TAC) en el 84%, resonancia (RNM) en el 21% y ecoendoscopia (USE) en el 42%. Se realizó punción-aspiración-aguja-fina (PAAF) preoperatoria en el 31% de los casos, con citología y marcadores tumorales intraquísticos. La intervención quirúrgica fue duodenopancreatectomía (DPC) en el 36% de los casos, pancreatectomía corporocaudal laparoscópica (PCCL) en el 31%, pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía (PCCE) en el 21%, y pancreatectomía corporocaudal laparotómica el 10%. Estudio anatomopatológico: NQM 40% de los casos, CAS 20%, cistoadenocarcinoma 10%, tumor pseudopapilar 5%; tumor NIPM 5%, y tumor quístico endocrino 5%. En un caso (5%) la anatomía patológica no fue de NQP. Las complicaciones postoperatorias fueron del 31% (3 casos de abscesos intrabdominales; 1 fístula pancreática; 1 infección de herida quirúrgica; 1; 1 reintervención por dehiscencia pancreático-yeyunal. Estancia global: 9 días (4-26).

Conclusiones: En cada centro se debe de establecer un protocolo multidisciplinar de diagnóstico y tratamiento para las NQP. La TAC debe ser la primera técnica diagnóstica ante la sospecha de una

NQP y en muchos casos suficiente para sentar la indicación quirúrgica. La RMN es útil para diferenciar la NIPM. La USE se debe usar solo en casos seleccionados, y en indicaciones de PAAF para el diagnóstico diferencial con el pseudoquiste, o en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Toda NQP sintomática en pacientes operables debe plantearse la resección quirúrgica. En las lesiones asintomáticas, es necesario diferenciar el CAS de la NQM, y cuál es su riesgo de degeneración maligna. La diferenciación entre NQM y NIPM es útil para indicar el tipo de resección quirúrgica o incluso la observación en el caso de pequeñas NIPM de rama secundaria incidentales.