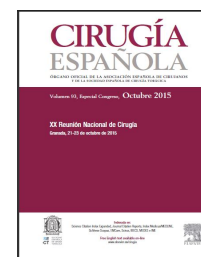




# Cirugía Española

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



## P-217 - LA MESOPANCREATECTOMÍA COMO TÉCNICA AHORRADORA DE PARÉNQUIMA EN TUMORES PANCREÁTICOS BENIGNOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Domínguez Sánchez, Iván; Gómez Sanz, Ramón; Gutiérrez Samaniego, María; de la Fuente Bartolomé, Marta Beatriz; Galán Martín, Mónica; Moreno Bagueiras, Alejandro; Vieiro Medina, María Victoria; de la Cruz Vigo, Felipe*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** El uso de técnicas de imagen cada vez más avanzadas ha supuesto el aumento del número de lesiones benignas (cistoadenomas, tumores neuroendocrinos...) de páncreas diagnosticadas. Las técnicas estandarizadas como la pancreatectomía total o la duodenopancreatectomía en el tratamiento de tumores pancreáticos están completamente aceptadas en las lesiones malignas, siendo excesivas en el caso de las lesiones benignas o de bajo grado de malignidad. Las técnicas ahorradoras de parénquima, como la mesopancreatectomía o la enucleación, han sido propuestas como alternativa a las grandes resecciones para el tratamiento de lesiones de origen benigno localizadas en el cuerpo pancreático. Aporta como ventaja el menor riesgo de insuficiencia pancreática posterior, habiendo discusión, según las distintas series, en cuanto a su morbilidad.

**Caso clínico:** Mujer de 44 años con antecedentes de artritis reumatoide y anticoagulada por TEP previo, que se encuentra en seguimiento por medicina del aparato digestivo por lesión pancreática de hallazgo incidental en TAC del 2010. La lesión fue diagnosticada mediante RM y ecoendoscopia con PAAF, como lesión en cuerpo pancreático compatible con cistoadenoma seroso de 14 mm de eje mayor. Durante el seguimiento semestral al que se somete a la paciente, la lesión crece de forma progresiva duplicando su diámetro respecto a la RM inicial, presentando un tamaño de 32 × 30 × 33 mm. No se evidencian datos de malignidad, no presentando dilatación del conducto pancreático principal. Ante el crecimiento de la lesión se decide la exéresis quirúrgica, decidiéndose por las características del tumor la realización de mesopancreatectomía. Intraoperatoriamente se objetiva la presencia de lesión quística de 3-4 cm localizada en el istmo pancreático. No se observó afectación de tejidos vecinos, ni adenopatías. Se procede a liberación medial pancreática, tras identificación y disección de la arteria hepática, arteria y vena esplénica. Se realiza sección pancreática proximal por encima de la arteria mesentérica superior y vena porta, con endograpadora y refuerzo del muñón con puntos monofilamento irrealizables. Sección distal pancreática, respetando vasos esplénicos. Se realiza reconstrucción en Y de Roux del segmento distal. Se deja drenaje aspirativo en el lecho quirúrgico. Se envía la pieza a anatomía patológica intraoperatoriamente, siendo descrita como lesión quística reseca en su totalidad. La anatomía patológica definitiva califica la muestra como cistoadenoma seroso. La paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio. No ha

presentado signos de insuficiencia pancreática durante el seguimiento.

**Discusión:** La mesopancreatectomía resulta ser una técnica adecuada en el tratamiento de lesiones benignas localizadas en el cuerpo pancreático, disminuyendo exponencialmente el riesgo de insuficiencia endocrina y exocrina pancreática. Debería ser tomada en cuenta sobre todo en aquellos pacientes jóvenes y sin comorbilidad asociada, que puedan asumir con menor riesgo vital las posibles complicaciones postoperatorias, a favor de los resultados a largo plazo.