



V-062 - NMPI EN COLA DE PÁNCREAS: RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA

Jover Bargues, Ricard; Morera Ocón, Francisco José; Pérez Santiago, Leticia; Ortega Serrano, Joaquín

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: Descripción de la técnica de resección laparoscópica de un tumor localizado en cola pancreática con preservación de bazo.

Caso clínico: Mujer de 67 años con antecedentes de hipotiroidismo y nefrectomía parcial derecha por carcinoma papilar renal, que en el seguimiento del mismo se realiza un TC que evidencia ectasia del conducto pancreático sospechosa de NMPI. Se confirma con una RM en noviembre del 2016. Se decidió intervención quirúrgica por vía laparoscópica, realizándose una pancreatectomía corporo-caudal con preservación esplénica en febrero del 2017. Postoperatorio satisfactorio con alta domiciliaria a las 48 horas. La anatomía patológica tanto la extemporánea como la definitiva confirmaron que se trataba de una NMPI de bajo grado y con márgenes de resección libres. Actualmente se encuentra en seguimiento en consultas externas. Pancreatectomía izquierda laparoscópica con preservación esplénica: colocamos al paciente en anti-Trendelenburg con brazos plegados, piernas abiertas con el cirujano entre ellas, y ayudante a la izquierda del paciente. Trócares: Hasson supraumbilical, hipocondrio derecho e izquierdo (5 mm) y vacío izquierdo (12 mm). Primero se explora la cavidad para descartar metástasis y carcinomatosis. Se realiza apertura de la transcavidad de los epiplones a través del ligamento gastro-cólico y liberación de la curvatura mayor gástrica. Posteriormente se realiza una disección del cuerpo-cola del páncreas de derecha a izquierda que comienza por el borde inferior. En éste momento realizamos una ecografía del páncreas para valorar la expansión de la lesión. Después hay que acceder al plano retropancreático para localizar, disecar y separar la vena esplénica del parénquima pancreático, que no se consigue, por lo que tenemos que colocar hemolock en el borde proximal y sección posterior. El control de la arteria esplénica se realizará a través del borde superior que sí conseguimos separarla del páncreas por lo que la vascularización arterial esplénica está conservada. Posteriormente comprobamos la viabilidad del bazo sin que esté presente coloración azulada ni aumento de tamaño, que indica que el retorno venoso está preservado a través de los vasos cortos. Una vez todo el tejido está liberado se procede a la sección con una endograpadora a nivel del istmo con ayuda de una disectora para poder pasar la misma, y a la posterior hemostasia. Se extrae la pieza por una minilaparatomía y realiza una biopsia extemporánea para descartar infiltración de bordes, no siendo necesario realizar una mayor resección. No dejamos drenajes.

Discusión: La resección parcial del páncreas laparoscópico con estudio histológico intraoperatorio del borde de sección es el tratamiento de elección en las lesiones benignas o de baja malignidad, limitado a la cola del páncreas, ya que los pacientes presentan una recuperación precoz y un mejor

control analgésico. En la resección por vía laparoscópica de lesiones malignas en dicha localización sigue siendo controvertida, reservándose sólo a pacientes seleccionados, aunque en caso de cirujanos expertos y equipo adecuado se pueden obtener resultados oncológicos similares a la vía abierta.