



V-057 - PANCREATECTOMÍA CENTRAL LAPAROSCÓPICA POR INSULINOMA

Sebastián Tomás, Juan Carlos; Martínez López, Elías; Payá Llorente, Carmen; Santarrufina Martínez, Sandra; González Guardiola, Paula; Ortiz Tarín, Inmaculada; Gómez Abril, Segundo Ángel; Domingo del Pozo, Carlos

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: El insulinoma es el tumor neuroendocrino funcionante más frecuente del páncreas, representando un 1-2% de las neoplasias en esta localización. El 90% son benignos, únicos, intrapancreáticos y/o < 2 cm. Para su diagnóstico, además de la sospecha tras objetivar la tríada clásica de Whipple, es esencial el test del ayuno así como la localización preoperatoria con TC, RM o ecoendoscopia. Existen diferentes opciones quirúrgicas en función del tipo, tamaño, localización y su relación con el conducto pancreático principal. El abordaje laparoscópico ha sido utilizado con frecuencia para tumores benignos, pequeños y localizados en cuerpo o cola de páncreas, con buenos resultados.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 64 años sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes que presenta episodios de hipoglucemia sintomáticos de 6 meses de evolución. Se realiza test del ayuno con hipoglucemia 38 mg/dL, una insulina de 4,6 mUI/L y un péptido C de 1,2 ng/mL, asociado todo ello al hallazgo en la TC de un nódulo hipervascular de 6 mm en la vertiente anterior de cuerpo pancreático que contacta con el conducto pancreático principal. Mediante acceso laparoscópico se realizó ecografía intraoperatoria identificando la lesión en cuerpo pancreático en estrecha relación con el conducto de Wirsung, por lo que se optó por realizar una pancreatectomía central laparoscópica con sección proximal utilizando grapadora mecánica (Echelon™) y distal al tumor con bisturí armónico (Ultracision™) y tijera. Se reconstruyó con una anastomosis pancreatoyeyunal invaginante en Y de Roux, con pie de asa a unos 40 cm. El páncreas se invaginó con dos puntos transmurales en U y se completó la anastomosis con dos suturas continuas anterior y posterior con monofilamento irreabsorbible 3/0. La anatomía patológica confirmó la sospecha de un pequeño nódulo de bordes bien definidos, blanquecino y de consistencia elástica, de 0,6 × 0,4 cm, sin infiltración del tejido adyacente, con ausencia de invasión vascular y perineural, 1 mitosis/10 campos y Ki67 3%. Mostraba positividad para cromogranina y sinaptofisina. Todo ello compatible con un insulinoma benigno. La paciente presentó un postoperatorio con buena evolución clínica con una estancia hospitalaria de 5 días.

Discusión: El tratamiento establecido actualmente tras el hallazgo de un insulinoma pancreático sintomático es la resección quirúrgica. Aunque la enucleación es una técnica válida en tumores de pequeño tamaño sin contacto con el conducto pancreático principal, la pancreatectomía central es una buena opción en aquellos insulinomas localizados en el cuerpo que contactan con el conducto dado el riesgo de fístula postenucleación. El abordaje laparoscópico es una opción adecuada que

permite una recuperación temprana. A pesar de todo ello, todavía es poca la experiencia comunicada con esta técnica a nivel nacional.