



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-136 - PANCREATECTOMÍA CENTRAL LAPAROSCÓPICA POR INSULINOMA

Castell Gómez, Jose Tomás¹; Atahualpa, Fredy¹; Álvarez, Estibaliz¹; del Castillo, Federico¹; Valiño, Cristina¹; Guevara, Jenny²; Duran, Carlos¹

¹Clínica la Luz, Madrid; ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Se presenta el vídeo de una pancreatectomía central y anastomosis pancreático-gástrica en un caso de insulinoma.

Caso clínico: Varón de 59 años. Antecedente de ca. papilar de tiroides. Clínica de hipoglucemias repetidas. Se realiza test del ayuno que resulta positivo: hipoglucemia con insulina elevada (35 pmol/l) y péptido C elevado (1 nmol/l). Cromogranina A normal. TAC abdominal con contraste iv: adenopatías no patológicas en troco celiaco, páncreas sin alteraciones. Ecoendoscopia: masa sólida de 19 mm en cuerpo de páncreas adyacente a Wirsung (no se especifica distancia) que no impronta en la superficie pancreática. PAAF: TNE bien diferenciado. ColangioRM: dudosa imagen de masa en cuerpo de páncreas en fase de contraste tardío. Comité de tumores. Se programa realizar mesopancreatectomía, y no una enucleación, por las relaciones con el Wirsung y las previsibles dificultades de localización. Se explica al paciente la decisión y se firma consentimiento informado. Intervención quirúrgica: abordaje laparoscópico con 5 trócares (gel port para ecografía y extracción de pieza quirúrgica). Exploración de cavidad: disección del tronco celiaco, control de arterias hepática (AH), esplénica (AE) y vena porta (VP). Disección borde pancreático inferior, identificación de VMS, VP y esplénica (VE). *Hanging* pancreático. Ecografía intraoperatoria, localización de una masa densa hiperecoica en cuerpo pancreático. Sección en el istmo con endoGIA negra reforzada (con disparos progresivos, 40 minutos de maniobra). Disección de cuerpo de páncreas, liberándolo de AE y VE). Sección distal. tutorización de Wirsung. Anastomosis pancreático gástrica, en dos planos con sutura V-loc 3/0. Drenajes de Penrose en muñón y otro en anastomosis. Posoperatorio sin incidencias, alta al 5º día de posoperatorio. AP: insulinoma G2 (bien diferenciado, IM 5 mit²/mm² y Ki67 5%).

Discusión: Sin bien la naturaleza benigna y el tamaño del insulinoma aconsejarían la realización de una enucleación, el comité de tumores aconsejó realizar una mesopancreatectomía central por las relaciones con el conducto pancreático principal y las previsibles dificultades de localización intraoperatorias. El abordaje laparoscópico se ha demostrado seguro, provoca menor pérdida sanguínea y una recuperación funcional más temprana.