



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VP-019 - PANCREATECTOMÍA CENTRAL POR TUMOR QUÍSTICO MUCINOSO MEDIANTE TÉCNICA HÍBRIDA (LAPAROSCOPIA/LAPAROTOMÍA)

Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Roldán de la Rúa, Jorge; Corrales Valero, Elena; Eslava Cea, Yolanda; Caffarena López Hermida, Ana M^a; Mansilla Díaz, Sebastián; Monje Salazar, Cristina; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La pancreatectomía central es una técnica quirúrgica alternativa a la pancreatectomía córpore-caudal, indicada para el tratamiento de lesiones benignas o de baja malignidad localizadas en cuello-cuerpo de páncreas. Se encuadra dentro del grupo de técnicas quirúrgicas preservadoras de parénquima pancreático (uncinectomía, enucleación, resección cefálica con preservación duodenal, pancreatectomía dorsal), cuyo objetivo es prevenir el desarrollo de insuficiencia pancreática exo-endocrina posquirúrgica.

Caso clínico: Presentamos en el vídeo el caso de una paciente de 55 años de edad, sin antecedentes de interés, que ingresó por quinta vez en el servicio de Digestivo de nuestro centro por un cuadro de pancreatitis aguda sin causa etiológica identificable (no colelitiasis, no etilismo, no hiperlipidemia). Las técnicas de imagen pusieron de manifiesto la existencia de una lesión quística de 8 mm de diámetro a nivel de cuello del páncreas. La ultrasonografía endoscópica con toma de muestra para citología demostró la existencia de mucina en el interior del quiste. Con el diagnóstico de tumor quístico mucinoso pancreático, responsable de los episodios de pancreatitis aguda por su proximidad al conducto de Wirsung, se indicó la resección quirúrgica del mismo, y dada su localización se planteó la realización de una pancreatectomía central con reconstrucción del páncreas distal mediante pancreatogastrostomía, de acuerdo al protocolo de nuestra unidad en los casos de páncreas de consistencia blanda y/o Wirsung no dilatado. El abordaje quirúrgico se planeó mediante técnica híbrida, con una primera fase laparoscópica (para disección del páncreas, identificación de la vena mesentérica superior y creación del túnel prevascular retropancreático) y una segunda fase laparotómica (para realización de la anastomosis pancreatogástrica). Destacar durante el procedimiento la existencia de un componente inflamatorio residual del último episodio clínico de pancreatitis, con el hallazgo anatómico de la arteria y vena esplénicas en íntimo contacto (incluso rodeada la arteria) por parénquima pancreático. El tiempo quirúrgico empleado fue de 300 minutos, con pérdidas hemáticas de unos 150 ml, sin necesidad de transfusión de hemoderivados. En el postoperatorio inmediato detectamos la presencia de una fístula pancreática grado A, de bajo débito, con TAC de control al 6º día postoperatorio sin hallazgos patológicos valorables. Al 10º día la paciente presentó cuadro de síncope, hemorragia digestiva y visualización de contenido hemático en el drenaje abdominal izquierdo, por lo que fue intervenida de urgencia encontrando hallazgos compatibles con pancreatitis aguda en el segmento pancreático próximo a la pancreatogastrostomía, sin hemoperitoneo. Se realizó pancreatectomía corporeocaudal con esplenectomía. La paciente

presentó posteriormente un curso favorable, siendo dada de alta con una estancia global de 20 días. La anatomía patológica de la lesión quística fue quiste mucinoso no neoplásico, y el páncreas resecao en la reintervención presentaba hallazgos de pancreatitis aguda abscesificada.

Discusión: La elección de un abordaje híbrido en nuestra paciente permitió el adecuado tratamiento de su lesión pancreática, facilitando la fase laparoscópica las maniobras de disección, y la laparotómica la de anastomosis. Sin embargo, tal como se recoge en la literatura, las técnicas preservadoras de parénquima presentan elevada morbilidad (superior al 60%), y tasa de fístula pancreática próxima al 50%.