



V-207 - DUODENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN PANCREÁTICA POR MASA DUODENAL DE 7,8 CM

Acosta Mérida, M^a Asunción; Yepes Cano, Andrés Felipe; Suárez Cabrera, Aurora; Bañolas Suárez, Raquel; Brito Pérez, Zaida; Rahy Martín, Aída; Afonso Luis, Natalia; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Se presenta el vídeo-caso de una duodenectomía laparoscópica con preservación pancreática por tumoración duodenal extensa.

Caso clínico: Mujer de 49 años con antecedentes de cesárea. Es derivada del Servicio de Digestivo tras estudio por cuadro de reflujo, pirosis, dispepsia que le despierta en las noches, de un año de evolución, sin otra clínica. La exploración física es anodina. Se realiza EDA que evidencia en la tercera porción duodenal una lesión de aspecto neoplásico de más de 6 cm que ocupa gran parte de la circunferencia e infiltra capas profundas, no resecable endoscópicamente. La biopsia es de adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado. La colonoscopia es normal. El EGD muestra reflujo gastroesofágico. El TC toracoabdominal describe engrosamiento mural nodular, mal delimitado de más de 6-7 cm de longitud, en la tercera-cuarta porción duodenal, con protrusión endoluminal, que parece prolongarse hacia yeyuno proximal, sin obstrucción intestinal. No se identifican adenopatías locorregionales ni a distancia. Presenta además dilatación sacular de la vena porta, de hasta 1,4 cm, un segmento de 4 cm en relación con páncreas anular. La RMN no aportó información distinta. Los marcadores tumorales son normales. Ante los hallazgos, se decide intervención quirúrgica. Se interviene con el paciente en posición Lloyd-Davis, utilizando cuatro trócares laparoscópicos. Intraoperatoriamente se objetiva una masa tumoral intraluminal de 2^a-3^a-4^a porción duodenal de amplia base de implantación, alargada, de aproximada mente 7-8 cm de longitud, mal delimitada, de difícil palpación por laparoscopia, que no prolapsa extraluminalmente, ni parece extenderse más allá del ángulo de Treitz. Se observa también una lesión hepática blanquecina de aspecto quístico-sólido, de 0,9 cm en borde hepático del segmento VI, que se biopsia, descartando malignidad intraoperatoriamente. Se realiza extensa maniobra de Kocher y decusación de los vasos mesentéricos, bordeando la cabeza del páncreas anular, así como endoscopia intraoperatoria que identifica el borde proximal de la tumoración inmediatamente inferior a la papila, sin infiltrarla ni sobrepasarla, realizando marcaje del mismo. Se procede a la duodenectomía laparoscópica y anastomosis duodeno-yeyunal antecólica laterolateral mecánica mixta. Su evolución posoperatoria fue exitosa. El EGD posoperatorio confirma buen tránsito, volviendo a su domicilio, asintomática, al sexto día de la cirugía. El resultado diferido de anatomía patológica de la biopsia hepática es de adenoma/hamartoma de glándulas peribiliares. El de pieza duodenal fue de adenoma tubulovelloso (7,8 cm) con displasia de alto grado, con márgenes libres.

Discusión: El acceso quirúrgico de la encrucijada duodenopancreática sigue siendo un reto para el cirujano, por vía laparoscópica, e incluso por vía abierta. En los tumores duodenales quirúrgicos no infiltrantes, sin afectación pancreática, de la papila o vía biliar, se debe intentar realizar duodenectomía con preservación de la cabeza del páncreas, si es posible. Esta intervención supone un nivel técnico demandante, aún más si se propone por vía laparoscópica. La cirugía mínimamente invasiva, en este tipo de lesiones duodenales, es segura y factible, en manos expertas, ofreciendo al paciente una evidente ventaja sobre la resección en bloque duodenopancreática y sobre la intervención por vía abierta.