



P-150 - ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SLEEVE GÁSTRICO Y GASTROQUISTOSTOMÍA PREVIA. UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

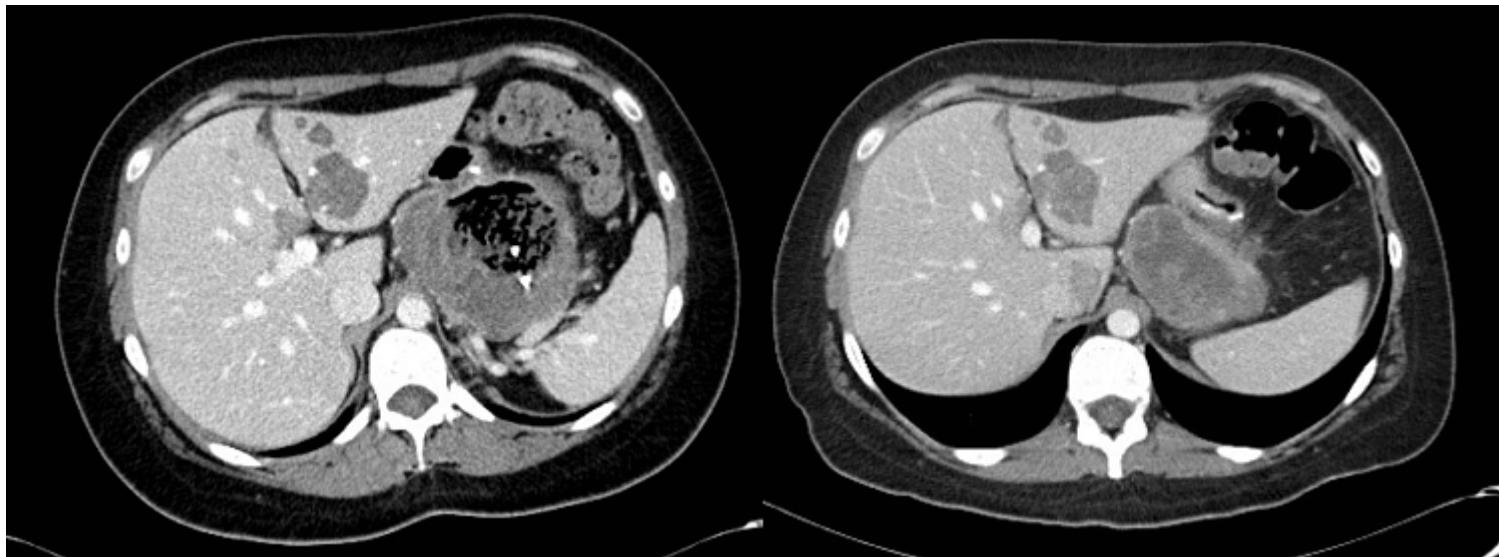
Blanco Terés, Lara; Di Martino, Marcello; Maqueda González, Rocío; de la Hoz Rodríguez, Ángela; Gancedo Quintana, Álvaro; Delgado Búrdalo, Livia; Tovar Pérez, Rodrigo; Martín-Pérez, Elena

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Introducción: Las neoplasias quísticas pancreáticas son un grupo heterogéneo de lesiones con una amplia forma de presentación clínica y radiológica. El diagnóstico diferencial de esta patología puede suponer un reto para el cirujano, radiólogo y gastroenterólogo, quienes deberán trabajar de forma multidisciplinar para optimizar el diagnóstico y elegir el tratamiento más idóneo. Presentamos el caso de una paciente con múltiples complicaciones tras drenaje transgástrico tipo gastroquistostomía de una neoplasia quística de páncreas que, tras resección por vía laparoscópica, el diagnóstico anatomo-patológico fue de neoplasia sólida pseudopapilar.

Caso clínico: Mujer de 31 años con antecedente de cirugía bariátrica en otro centro mediante sleeve gástrico laparoscópico, donde se identificó lesión quística en cola de páncreas. Ante la alta sospecha de pseudoquiste pancreático, se realizó drenaje tipo gastroquistostomía con prótesis metálica tipo AXIOS. Posteriormente, la paciente presentó episodios de sepsis abdominal de repetición debido a la contaminación de la lesión quística por el contenido gástrico. Se instauró tratamiento con antibioterapia, drenajes tipo pig-tail trangástricos y lavados mediante sonda nasoquística. Dos meses más tarde, la paciente acudió a nuestro centro por persistencia de la clínica. En la tomografía computarizada se identificó lesión quística pancreática con contenido gástrico en su interior de unos 8 cm de diámetro. Se realizó drenaje percutáneo abdominal del contenido de la lesión y retirada bajo control endoscópico de prótesis y pigtail, observando orificio de fistula gástrica de unos 2,5 cm de diámetro. Tras optimización, se completó el estudio de imagen con resonancia magnética donde se observó lesión pancreática de 7 × 8 cm en cuerpo-cola, sólidoquística con cicatriz central, sospechosa de una neoplasia mucinosa o tumor neuroendocrino no funcional. La paciente se intervino de forma programada, tras resolución del cuadro agudo, realizándose esplenopancreatectomía distal laparoscópica. Durante la intervención se observó una lesión de gran tamaño, con estigmas de peritonitis previa e intensa fibrosis en la zona de la fistula gastroquística, precisando gastrorrafia para reparar la zona de la fistula previa. El estudio anatomo-patológico identificó neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas con márgenes quirúrgicos libres de enfermedad y ausencia de invasión linfovascular o perineural.



Discusión: Ante una lesión quística pancreática es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial por un comité multidisciplinar. La manipulación preoperatoria de este tipo de lesiones mediante técnicas invasivas, especialmente en pacientes con intervenciones previas, puede añadir importante morbilidad y representar un importante desafío técnico para la resección definitiva.