



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-018 - CIRUGÍA PANCREÁTICA EXTREMA: PANCREATECTOMÍA MODULAR ANTERÓGRADA CON RESECCIÓN DEL TRONCO CELIACO. NUESTRA EXPERIENCIA DE DOS CASOS CON CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO

López Rojo, Irene; Georgiev-Hristov, Tihomir; Gómez Valdazo, Adela; Sánchez de Molina, María Luisa; González Ayora, Santiago; Torres Alfonso, José Ramón; Urbano García, José; Celdrán Uriarte, Ángel

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La mayoría de los cánceres de páncreas son diagnosticados de forma tardía presentando un bajo porcentaje de resecabilidad, limitado tradicionalmente por la diseminación sistémica o la invasión vascular local. En los últimos años se han ampliado estos criterios, realizándose con éxito cirugía de tumores avanzados con afectación del tronco celiaco. Presentamos nuestra experiencia de dos casos de pancreatectomías corporocaudales con resección de tronco celiaco. Presentamos el caso de dos mujeres de mediana edad, que consultaron por dorsalgia, objetivándose mediante TAC tumoración en cuerpo del páncreas con infiltración del tronco celiaco y sus ramas. Ambas pacientes recibieron neoadyuvancia tras descartarse diseminación en la laparoscopia de estadiaje. Una semana antes de la intervención, se realizó embolización de la arteria hepática común en el caso 1, y de las ramas del tronco celiaco en el caso 2. Se decidió pancreatectomía radical modular anterógrada con resección de tronco celiaco, incluyendo esplenectomía, adrenalectomía izquierda y tejido linfograso retropancreático y perirrenal. Reconstrucción en Y de Roux con anastomosis pancreatoyeyunal tipo Blumgart de remanente pancreático. En el Caso 1 se reimplantó la arteria gástrica izquierda al muñón del tronco celiaco.

Casos clínicos: Caso 1: postoperatorio sin incidencias salvo diarrea leve, siendo dada de alta a los 6 días de la intervención. AP de la pieza demuestra márgenes de resección libres, estadio tumoral T1N1. Actualmente en tratamiento quimioterápico. Caso 2: presentó un postoperatorio complicado con la aparición de líquido ascítico que obligó a la reintervención por signos de sepsis, descartándose fístula digestiva o pancreática. Igualmente presentó neumonía nosocomial con derrame pleural asociado que precisó evacuación. Alta a los 40 días de la intervención. Informe AP muestra T4N1, con márgenes R1. No hubo fístulas pancreáticas ni eventos isquémicos en ninguno de los dos casos presentados.

Discusión: La cirugía pancreática radical con resección de tronco celiaco con intención curativa es factible y se puede realizar en centros de alto volumen y especialización con una baja morbilidad añadida. Las series más largas publicadas no superan 40 casos, pero los resultados demuestran un aumento de la supervivencia (aun en caso de cirugía R1) y mejor control del dolor. Nuestra experiencia de estos 2 casos nos ha permitido crear un protocolo de tratamiento de las lesiones potencialmente operables con resección de tronco celiaco. Son objeto de debate la embolización arterial prequirúrgica y la necesidad de reconstrucción vascular.