



www.elsevier.es/cirugia

V-047 - ENUCLEACIÓN LAPAROSCÓPICA DE TUMOR NEUROENDOCRINO FUNCIONANTE: INSULINOMA DE COLA PANCREÁTICA

Garcilazo Arismendi, Dimas Javier; García Martín, Rubén; Robles Quesada, María Teresa; Arjona Sánchez, Álvaro; Sánchez Hidalgo, Juan Manuel; Rufián Peña, Sebastián; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 54 años, sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos; con historia de astenia de 3 meses de evolución, presentando un episodio de emesis en su centro de atención primaria donde realizaron una glicemia capilar que objetivo una hipoglicemia 32 mg/dL. Es derivada al servicio de Endocrinología y Nutrición de nuestro hospital, realizando test de ayuno de 72h que fue detenido a las 48h por hipoglicemia sintomática (estudio positivo) y determinaciones basales de Insulinemia que se mostró elevada. Posteriormente se realiza angiotomografía computarizada determinando una lesión hipervasicular de 11 mm en la unión de cuerpo y cola del páncreas compatible con insulinoma. Tras estos hallazgos se realiza un test de estimulación intraarterial selectiva con calcio presentando valores elevados solamente en el muestreo de la arteria mesentérica superior presentando concordancia con el estudio de localización previo y descartando otras lesiones concurrentes. Posición del paciente: francesa. Trocares laparoscópicos de acceso supramesocólico habituales. (3 × 10 mm y 2 × 5 mm). El ligamento gastrocólico se incide a nivel de la curvatura mayor gástrica usando un dispositivo de energía bipolar preservado la arcada gastroepiploica, posteriormente se realiza disección de adherencias entre la superficie anterior del páncreas y la pared gástrica posterior. Alcanzando la exposición completa de la celda pancreática. Realizamos un abordaje medial e inferior a nivel del istmo pancreático para disecar el eje esplenopancreático. El peritoneo se divide a lo largo del borde pancreático inferior que se libera del colon transverso, revelando así la vena mesentérica superior, que se diseña realizando prácticamente el pasaje retropancreático. La vena esplénica se diseña del borde inferior del páncreas y la disección continúa de medial a lateral hasta exponer la superficie posterior del páncreas. Una vez lograda dicha exposición, identificamos perfectamente la lesión y aunque habitualmente realizamos ecografía intraoperatoria y el equipo de ultrasonido se preparó no lo utilizamos porque la lesión como se puede ver en la imagen está claramente definida y en concordancia con la descripción anatómica del estudio preoperatorio. Comenzamos la resección haciendo un marcaje con el bisturí monopolar alrededor de la lesión para establecer los márgenes de resección. Realizamos la transección del parénquima pancreático rodeando la lesión de un lado a otro. Se presentó una hemorragia menor ya finalizando la resección del espécimen, que como pueden ver en las imágenes se controló rápidamente con un dispositivo de sellado bipolar, completando de esta forma la resección.