



## VC-018 - PANCREATECTOMÍA DISTAL EXTENDIDA POR ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS. RESECCIÓN EN BLOQUE INCLUYENDO COLON, BAZO, RIÑÓN IZQUIERDO, DIAFRAGMA Y PARED TORÁCICA

*García-Domínguez, Rafael; Giuliani, Tommaso; López-Rubio, María; Jordá-Aragón, Carlos; Maupoey-Ibáñez, Javier; Boscà-Robledo, Andrea; Montalvá-Orón, Eva; López-Andújar, Rafael*

*Hospital Universitario La Fe, Valencia.*

### Resumen

**Introducción:** Mostramos la técnica quirúrgica de una pancreatectomía distal extendida en un caso de adenocarcinoma (ADC) de cola de páncreas localmente avanzado.

**Caso clínico:** Se trata de un varón (53 años), sin antecedentes, que consulta por un cuadro de 3 meses de dolor abdominal izquierdo, asociado a febrícula y pérdida ponderal de 8 kg. A la exploración física, presentaba dolor en flanco izquierdo sin ictericia. Los marcadores tumorales (CEA y CA 19.9) eran normales. La tomografía computarizada (TC) reveló una tumoración de 95 × 96 × 75 mm, que afectaba a cola del páncreas, bazo, riñón izquierdo y ángulo esplénico del colon, con extensión a pared abdominal lateral y costillas inferiores. La biopsia mediante colonoscopia fue de ADC de páncreas. En comité multidisciplinar, se decidió administración de quimioterapia (QT) neoadyuvante (Folfinirox 12 ciclos). La TC de reevaluación mostró reducción significativa de la masa y el PET-TC no evidenció enfermedad a distancia. Por tanto, se decide cirugía con intención curativa: pancreatectomía distal extendida a órganos contiguos, incluyendo pared torácica. La cirugía se programó 25 días después de finalizar la QT. Se realiza una laparotomía subcostal izquierda ampliada, y no se evidencian metástasis peritoneales ni a distancia. Comenzamos accediendo a la transcavidad de los epiplones. Se moviliza el colon izquierdo y se ligan los vasos cólicos izquierdos, respetando la arteria mesentérica inferior. Se secciona el colon transversal y el descendente. Después se procede con una linfadenectomía del tronco celiaco, ligando la arteria esplénica. Se crea el túnel retropancreático siguiendo la vena mesentérica inferior (VMI) y se secciona el cuerpo del páncreas con una endograpadora con carga protegida. Posteriormente, se secciona la vena esplénica. Tras ello, se procede a disecar caudalmente la aorta abdominal. Se liga la arteria y la vena renal izquierdas, para después realizar una exéresis de todo el tejido linfograso paraaórtico izquierdo. Se secciona distalmente el uréter izquierdo y se completa la nefrectomía incluyendo la grasa perirrenal. Se libera el ligamento frenoesplénico y el diafragma adherido al tumor, progresando la disección hasta dejarlo únicamente adherido a la pared costal. Se realiza una toracotomía izquierda, seccionando la 9ª y la 10ª costillas hasta completar la exéresis del tumor con márgenes libres (R0). Se cierra el defecto del diafragma con puntos sueltos de seda, quedando un defecto de 5 cm que se cubre con parche de epiplón, después de realizar una anastomosis termino-terminal en el colon. El paciente fue dado de alta al 7º día postoperatorio (DPO). Reingresó al 17º DPO por fiebre y dolor abdominal. La TC reveló una colección subfrénica izquierda que se manejó

con drenaje percutáneo, obteniéndose líquido rico en amilasas (fístula pancreática grado B). La AP mostró respuesta completa, con ausencia de células tumorales viables: pT0 pN0 (0/41) M0.

**Discusión:** La pancreatometomía distal extendida con resección en bloque de otros órganos es una técnica factible y capaz de conseguir una exéresis completa (R0). Es la única opción curativa para estos pacientes y debemos ofrecérsela. Es fundamental que sea realizada por parte de equipos multidisciplinares y especializados.