



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-224 - DUODENECTOMÍA CON PRESERVACIÓN PANCREÁTICA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DUODENAL DISTAL CON AUSENCIA DE INFILTRACIÓN PANCREÁTICA

Aguilella, Eva; Rodríguez, Rodolfo; Gómez, Matías; Sáez, Susana; Vázquez, Antonio; Fernández, Isabel; Frangi, Andrés; Fernández, Cristina

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

Resumen

Objetivos: Las neoplasias del intestino delgado son tumores poco frecuentes que constituyen menos del 5% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal. Los tumores malignos más habituales son los adenocarcinomas (35-40%), que se localizan frecuentemente en duodeno (50%), y tienen mayor incidencia en varones en la sexta década de la vida. La cirugía es la base del tratamiento. Usualmente, se realiza una duodenopancreatectomía cefálica (DPC). Sin embargo, esta técnica puede presentar una elevada morbilidad posquirúrgica, por lo que, en algunos casos, dependiendo de la localización y en ausencia de infiltración pancreática, se puede proponer una duodenectomía segmentaria. A continuación, exponemos el caso de un varón con un adenocarcinoma en tercera-cuarta porción duodenal sin infiltración pancreática en quien se realizó duodenectomía segmentaria.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 81 años, hipertenso, con neumopatía intersticial y deterioro cognitivo moderado, que consulta por vómitos biliosos y pérdida de 10 kg de peso en los últimos meses. Se realiza tomografía axial computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso, que muestra un engrosamiento concéntrico y estenosante de la tercera-cuarta porción duodenal que condiciona dilatación duodenal retrógrada, así como de la cámara gástrica. Ante estos hallazgos, se practica endoscopia digestiva alta, que identifica la zona de estenosis en tercera porción duodenal y se toman biopsias, que son informadas de adenocarcinoma. Se interviene al paciente por vía abierta, evidenciando una tumoración de 4 cm en cuarta porción duodenal. Se movilizan tercera y cuarta porción duodenales, y primer asa yeyunal, realizando decruzamiento tras sección distal a 10 cm del tumor. Valorando la localización del tumor y la edad del paciente se decide duodenectomía con preservación pancreática. Para asegurar el margen proximal de sección y evitar lesionar la papila de Vater se practica colecistectomía e introducción de un catéter de Fogarty vía transcística, enclavando el balón en la papila y sirviendo así de referencia para poder seccionar proximalmente la segunda porción duodenal. Finalmente, se realiza anastomosis duodeno-yeyunal laterolateral. El paciente presentó una evolución posquirúrgica favorable. El diagnóstico anatomopatológico fue adenocarcinoma duodenal moderadamente diferenciado pT3N0. Actualmente se encuentra libre de enfermedad a los 2 años de la cirugía.

Discusión: Los adenocarcinomas duodenales se localizan frecuentemente en la segunda porción duodenal. Tradicionalmente, se plantea la DPC como tratamiento quirúrgico por sus buenos resultados oncológicos, aunque un 30-50% de los pacientes presentan complicaciones como fístula pancreática, sangrado o pancreatitis del muñón. La duodenectomía segmentaria permite una mayor preservación del tejido

pancreático, de la vía biliar y de la función intestinal. No obstante, es importante tener en cuenta que se debe localizar la papila para evitar lesionar el colédoco distal o el conducto pancreático. Asimismo, las maniobras de disección pueden comprometer la vascularización de la tercera y cuarta porción duodenales, por lo que la exéresis se extiende hasta la primera asa yeyunal. En nuestro caso, debido a que era un paciente de edad avanzada y con comorbilidades, cuyo tumor se localiza en duodeno distal sin infiltrar páncreas, consideramos razonable practicar duodenectomía distal con intención curativa.