



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-021 - PANCREATECTOMÍA CENTRAL ROBÓTICA CON PANCREATICOGASTROSTOMÍA: UNA SOLUCIÓN INTERESANTE PARA UNA NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR

Maderuelo García, Victoria María¹; Worth, Patrick J.²; Visser, Brendan C.²

¹Complejo Asistencial de Palencia, Palencia; ²Stanford University Medical Center, Palo Alto.

Resumen

Objetivos: la pancreatectomía central es un procedimiento conservador de parénquima que se puede utilizar en la resección de tumores del cuello y parte proximal del cuerpo pancreático. Las indicaciones recaen en tumores benignos de entre 2 y 5 cm, benignos o de bajo grado, con bajo riesgo de recurrencia local y bajo grado de malignidad, especialmente en pacientes jóvenes. Ejemplos de estas lesiones son tumores neuroendocrinos, lesiones quísticas en las que no se puede realizar enucleación, cistoadenomas serosos o mucinosos sintomáticos, tumores pseudopapilares y metástasis únicas en el cuello pancreático. Como contraindicaciones: tumores malignos, neoplasias con extensión a órganos adyacentes, pancreatitis difusa crónica o lesiones grandes en las que no se puede preservar al menos 5 cm de páncreas distal.

Caso clínico: Mujer de 31 años que en diciembre de 2017 acude a Consulta por dolor en hipocondrio derecho. En la ecografía se visualizan hallazgos de colelitiasis así como una lesión quística en el cuerpo del páncreas. Antecedentes personales y familiares sin interés ni cirugías previas. A finales de dicho mes, es intervenida de urgencia tras presentar colecistitis aguda, realizando colecistectomía robótica. Después, se completó el estudio de la lesión quística con RMN, ecoendoscopia y biopsia: masa de 20 × 20,4 mm en la mitad del cuerpo del páncreas. Diagnóstico de neoplasia sólida pseudopapilar. La cirugía llevada a cabo fue una pancreatectomía central robótica con pancreaticogastrostomía. El robot se situó a la izquierda de la paciente. Se utilizaron seis trócares: cuatro de 8 mm para los brazos del robot, uno de 11 mm para el retractor hepático y uno de 15 mm para el ayudante. Para la exposición del páncreas se localizó la transcavidad de los epiplones, se disecó y se elevó la pared posterior del estómago. Mediante ecografía intraoperatoria se identificó el tumor, se delimitaron los límites del mismo y se marcaron los márgenes de resección. Una vez liberado el cuello pancreático, la resección se llevó a cabo con una endograpadora vascular y para la resección distal del cuerpo, previo clampaje con bulldog, se utilizó tijera. Por último, para la pancreático-gastrostomía, se confeccionó una anastomosis entre la cola del páncreas a la pared posterior gástrica con dos suturas barbadadas de forma continua. Para suturar la anastomosis, se abrió el estómago por su pared anterior y se pudo visualizar directamente la misma. Después se cerró el defecto de la pared anterior con sutura reabsorbible. La pieza quirúrgica se extrajo mediante bolsa y se dejó un drenaje Jackson-Pratt en el lecho quirúrgico y posterior a la anastomosis. La anatomía patológica de la pieza confirmó el diagnóstico de neoplasia sólida pseudopapilar pancreática.

Discusión: La pancreatectomía central se puede considerar una alternativa a las resecciones extensas en casos seleccionados y así, preservar la función pancreática sin causar disfunciones endocrina o exocrina. A pesar del tiempo quirúrgico prolongado en la técnica robótica, se consigue una menor pérdida sanguínea, una

dissección más precisa, un menor tiempo hospitalario y una recuperación más temprana, en definitiva, una menor morbilidad con idénticos resultados oncológicos.