



P-271 - PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA Y CAUDAL CON PRESERVACIÓN DEL CUERPO DEL PÁNCREAS

Bolinaga del Pecho, Irene¹; Pereda Bajo, Deiane¹; Loidi Lázaro-Carrasco, Oihan¹; Bolado Oria, María¹; Fernández Rodríguez, María¹; Bolinaga del Pecho, Esther²; Pereda Bajo, Mirari³; Gutiérrez Cabezas, José Manuel¹

¹Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega; ²Hospital Txagorritxu, Vitoria; ³Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

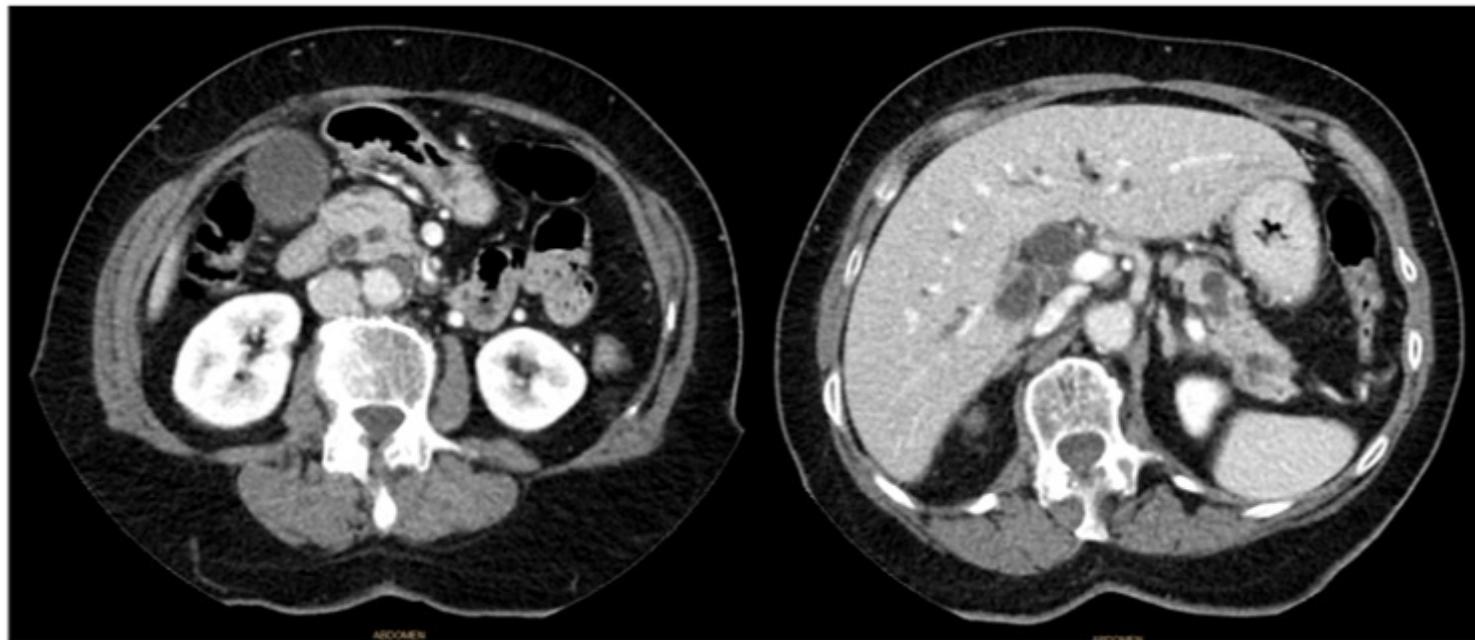
Introducción: Presentamos un caso de realización de exéresis de cabeza y cola de páncreas con preservación de tejido pancreático central, sobre el que apenas se ha encontrado literatura.

Caso clínico: Mujer de 68 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento habitual. Acude a urgencias por ictericia indolora de una semana de evolución, asociada a coluria, astenia y prurito generalizado. A la exploración el abdomen es normal. En la analítica realizada se objetiva lo que se muestra en la tabla. En el TAC con contraste se observa una marcada dilatación del árbol biliar intra y extrahepático, hasta el coléodo yuxtagapilar, donde se aprecia una lesión focal de 13 mm de diámetro, un gran quiste de 3 cm a nivel corporal distal-cola en comunicación con Wirsung (impresiona de TPMI mixto) y otro de 2 cm en la región más distal de la cola de páncreas. Se realiza una ecoendoscopia que confirma los hallazgos del TAC y una CPRE en la que se consigue drenar la vía biliar colocando una prótesis. Tras comentar el caso en sesión multidisciplinar, dada la alta sospecha radiológica de neoplasia de cabeza de páncreas y TPMI con criterios de elevado riesgo de malignización, se decide exéresis quirúrgica. Dado que la paciente vive sola en un pueblo alejado a más de una hora del hospital más cercano, se opta por realizar pancreatectomía cefálica y caudal con el fin de evitar posibles complicaciones debido al difícil manejo glucémico secundario a la pancreatectomía total. Finalmente, se realiza la pancreatectomía cefálica con anastomosis pancreático yeyunal Wirsung-mucosa termino-lateral manual y pancreateoesplenectomía caudal, confirmando borde pancreático libre de tumor con una biopsia intraoperatoria. La anatomía patológica definitiva informó de carcinoma ductal infiltrante de la cabeza del páncreas pT1c, pN0 y dos neoplasias intraepiteliales pancreáticas leves (PanIN-1A). Tras dos semanas de ingreso la paciente fue dada de alta con evolución favorable y buen control de las glucemias por parte del servicio de Endocrino.

Bilirrubina total	26,6 mg/dl
-------------------	------------

Bilirrubina directa	20,7 mg/dl
---------------------	------------

CA 19,9	42,9 U/ml
---------	-----------



Discusión: En los TPMI se consideran criterios de degeneración y por tanto, deben ser resecados: presentar ictericia en lesiones quísticas de cabeza pancreática, componente sólido de más de 5 mm de diámetro con realce en la lesión quística y ducto principal mayor de 10 mm. Por otro lado, en las lesiones sugestivas de neoplasia de cabeza páncreas consideradas resecables (ausencia de enfermedad extrapancreática y según el grado de contacto con los vasos mesentéricos principales) está indicada la realización de una duodenopancreatectomía cefálica. Entre las principales complicaciones tras la pancreatectomía total destaca la aparición de diabetes, caracterizada por ser de muy difícil control y especialmente por la presencia de frecuentes episodios de hipoglucemia que si no son detectados a pueden presentar serias consecuencias. La resección de cabeza y cola de páncreas preservando tejido pancreático central puede ser una buena opción en pacientes que presentan lesiones en ambas localizaciones. A la hora de elegir el tratamiento y técnica quirúrgica, siempre hay que individualizar teniendo en cuenta la situación y soporte familiar del paciente.