



## V-115 - ENUCLEACIÓN DE INSULINOMA PANCREÁTICO. TÉCNICA POR CIRUGÍA ROBÓTICA

Lugón Castellanos, Julia; Galofré, Gonzalo; Martí, Isidre; Martínez, Alicia; Gobbini, Yanina; Arias, Juan Carlos

Consorci Sanitari Integral-Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos el caso de una mujer de 79 años, con múltiples antecedentes, a destacar un síndrome depresivo grave y deterioro cognitivo. Debuta en el año 2019 con cuadros compatibles con hipoglicemia, presentando episodios de comportamiento desorientado y estado obnubilado, objetivando glicemias de hasta 38 mg/dL. Por este motivo consultó en urgencias en varias ocasiones e incluso estuvo ingresada en una oportunidad por un coma hipoglucémico.

**Caso clínico:** Con la sospecha de un insulinoma, se le realizaron los siguientes estudios de imágenes: un TAC de abdomen, en el que se evidenció una lesión hipercaptante de contraste, en el margen superior del cuerpo del páncreas, en contacto íntimo con la arteria esplénica. Una resonancia magnética que describía la misma lesión nodular y que descartaba la presencia de otras lesiones. Un PET TAC que describe una nodulación compatible con una tumoración que sobreexpresa receptores de somatostatina. Con el diagnóstico de tumoración pancreática compatible con insulinoma, indicamos la realización de una enucleación por cirugía robótica. Iniciamos la cirugía colocando los 4 puertos en disposición horizontal a la altura del ombligo, realizamos el neumoperitoneo con aguja de Veress y lo mantenemos con AirSeal. Los instrumentos utilizados fueron en *tip-up fenestrated grasper, Maryland bipolar forceps, vessel sealer extend y permanent cautery hook*. Para alcanzar el nódulo a resecar, abrimos la transcavidad de los epiplones. Una vez identificado el insulinoma, empezamos la disección del borde superior del páncreas. Una vez disecados los bordes del nódulo, lo controlamos con un punto de seda y seccionamos la base adherida al páncreas. Para finalizar revisamos y controlamos la hemostasia.

**Discusión:** Dejamos un drenaje en el lecho quirúrgico, que se retiró al segundo día posoperatorio, cuando fue dada de alta. La paciente no ha presentado complicaciones posoperatorias, ni durante su ingreso ni en domicilio. No ha vuelto a presentar episodios de hipoglicemia. Queda pendiente el resultado definitivo de anatomía patológica.