

Pancreatectomía con preservación duodenal en un caso de neoplasia mucinosa papilar intraductal



Pancreatectomy with duodenal preservation in a intraductal papillary mucinous neoplasia case

La cirugía pancreática ha evolucionado desde la descripción de la duodenopancreatectomía cefálica por Whipple¹. En los últimos años muchos han sido los esfuerzos por llevar a cabo técnicas más conservadoras con el fin de disminuir la morbilidad postoperatoria. En enfermedades benignas, diversos grupos han descrito técnicas para intentar preservar el tejido pancreático sano. Beger et al.² publicaron una serie de 128 pacientes en los que se llevó a cabo resección pancreática con preservación duodenal, evidenciando una evolución postoperatoria satisfactoria, y con ello concluyeron que la cirugía conservadora pancreática era factible. El grupo de Martínez-Castro et al.³, analizaron la preservación duodenal como una forma conservadora de pancreatectomía cefálica en 4 pacientes con pancreatitis crónica, sin mortalidad postoperatoria, conservando una buena función endocrina y exocrina a corto y a largo plazo. También Busquets et al. llevaron a cabo preservación duodenal en un grupo de 20 pacientes. Ninguno de ellos presentó recidiva de la enfermedad durante el seguimiento de los tumores resecados⁴. Así pues, la cirugía conservadora de la región duodenopancreática ha quedado bien establecida en procesos como la pancreatitis crónica, e incluso algunos grupos han comenzado a utilizar estas técnicas para tratar tumores benignos e incluso con potencial de malignidad incierto.

Se han descrito diversas técnicas conservadoras que incluyen la resección parcial de la cabeza pancreática con preservación duodenal según la técnica de Beger et al.² o la resección parcial de la porción superior de la cabeza pancreática con preservación duodenal junto con resección total de la porción inferior de la cabeza pancreática, según la técnica de Pedrazzoli et al.⁵. Posteriormente se han desarrollado diversas variantes y modificaciones a esta técnica como la empleada por autores como Frey y Smith, asociando una derivación longitudinal del conducto pancreático⁶ o la técnica empleada por Gloor et al.⁷.

En el caso clínico que presentamos se realizó una pancreatectomía con preservación duodenal en un caso de neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI). Se trataba de una mujer de 54 años que consultó por dolor abdominal con sospecha de cólico biliar. Una ecografía abdominal reflejó la presencia de una imagen multiquistica en la cola del páncreas (fig. 1). Ante dichos hallazgos se decidió completar el estudio con una tomografía computarizada (TC) evidenciándose una lesión quística de apariencia lobulada-tabicada con un tamaño aproximado de 8 x 3,5 cm y que podría estar en relación con una tumoración quística del páncreas, mostrando continuidad con el conducto pancreático principal, el cual se encontraba dilatado (figs. 2A y B). Ante dichos hallazgos, la paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándose una pancreatectomía subtotal con preservación de parte de la cabeza pancreática

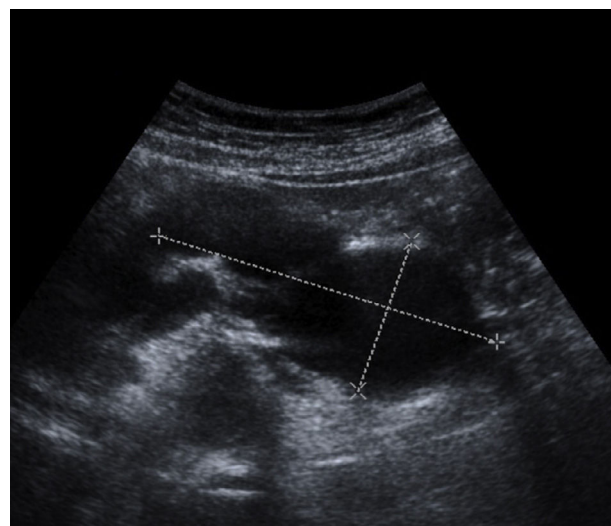


Figura 1 Ecografía abdominal: presencia de una imagen multiquistica en la cola del páncreas.

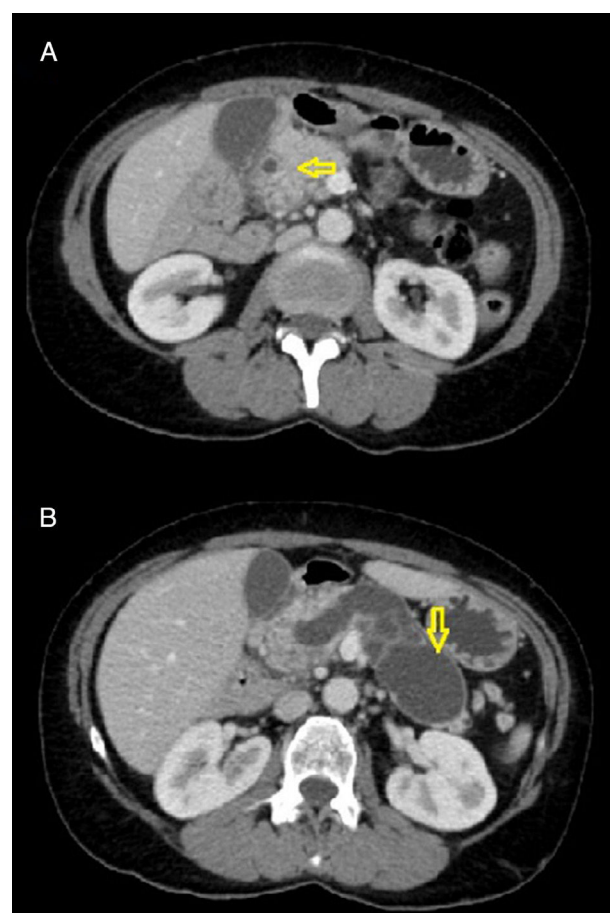


Figura 2 A y B) Tomografía computarizada: lesión quística de apariencia lobulada-tabicada mostrando continuidad con el conducto pancreático principal.

adyacente a la papila y preservación duodenal. El resultado anatomopatológico fue el de una neoplasia mucinosa papilar intraquística con displasia epitelial de grado moderado, sin observar signos de infiltración neoplásica en el margen de resección. El postoperatorio transcurrió de forma favorable. La paciente necesitó ajuste de insulina para el adecuado control de las glucemias y fue dada de alta en el séptimo día postoperatorio. Actualmente, 3 meses después de la cirugía se encuentra asintomática, con buen control glucémico y libre de enfermedad.

El NMPI ha despertado un gran interés en los últimos años debido al aumento progresivo en términos de frecuencia y además, por su variada presentación clínica y patológica⁸. Es un tumor que puede originarse en el conducto principal o en alguna de sus ramas, y ha sido dividido recientemente en categorías según exista displasia leve, moderada, severa o infiltración neoplásica⁹. La presentación clínica más frecuente suele ser el dolor abdominal (49-82%), la pancreatitis aguda (13-64%) y la pérdida de peso (29-50%). Otras alteraciones clínicas incluyen la aparición de diabetes mellitus (11-72%), ictericia (9-18%) e insuficiencia exocrina (7-17%)¹⁰. En nuestro caso, la paciente comenzó con cuadro de dolor abdominal tipo cólico.

La técnica quirúrgica estándar para el tratamiento del NMPI es la duodenopancreatectomía cefálica, y especialmente para pacientes con NMPI invasivo, sin embargo, la resección parcial pancreática con preservación duodenal parece ser un procedimiento seguro y de gran eficacia en el tratamiento de pacientes con TPMI ramificado localizado en la cabeza del páncreas. Fernández-Cruz et al. analizaron un grupo de pacientes con NMPI y concluyeron que en los pacientes con la variante ramificada es posible realizar una cirugía conservadora con preservación duodenal obteniendo buenos resultados con mínima morbilidad⁸. En nuestro caso, la biopsia intraoperatoria permitió descartar malignidad en el margen de resección, con lo que pudo llevarse a cabo la preservación duodenal con parte de la cabeza del páncreas que no se veía afectada por la lesión quística, evitando así la realización de una duodenopancreática cefálica reglada.

Considerando este caso clínico, debemos concluir que estudios posteriores deberían ahondar en la mejoría de la calidad de vida y la repercusión fisiológica según la técnica empleada. La complejidad técnica de este tipo de intervenciones puede ser superior a la de una técnica convencional como la duodenopancreatectomía cefálica, y las complicaciones incluso más frecuentes; por lo tanto, las indicaciones están aún en debate, pero en casos seleccionados puede ser una buena opción que permite conservar tejido pancreático sano y funcionante.

Bibliografía

1. Whipple AO. Radical surgery in the treatment of cancer. *Ann Surg.* 1950;131:812-23.
2. Beger HG, Witte C, Krass E. Erfahrung mit einer das duodenum erhaltender Pankreaskopfresektion bei chronischer Pankreatitis. *Chirurg.* 1980;51:303-9.
3. Martínez-Castro R, Baltasar A, del Río J, Miró J, Escrivá C, Serra C, et al. Preservación duodenal en la pancreatectomía cefálica por pancreatitis crónica. *Cir Esp.* 1996;60:90-2.
4. Busquets L, Fabregat J, Jorba R, Borobia F, Valls C, Serrano T, et al. Indicaciones y resultados de la cirugía conservadora en las lesiones localizadas en la cabeza pancreática. *Cir Esp.* 2007;82:105-11.
5. Pedrazzoli S, Sperti C, Pasquali C. Pancreatic head resection for noninflammatory benign lesions of the head of the pancreas. *Pancreas.* 2001;23:309-15.
6. Frey CF, Smith GJ. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. *Pancreas.* 1987;2:701-7.
7. Gloor B, Friess H, Uhl W, Buchler MW. A modified technique of the Beger and Frey procedure in patients with chronic pancreatitis. *Dig Surg.* 2001;18:21-5.
8. Fernández-Cruz L, Olvera C, López-Boado MA, Bollo J, Romero J, Comas J. Resección conservadora de la región duodenopancreática en el tratamiento del tumor papilar mucinoso intraductal. *Cir Esp.* 2006;80:295-300.
9. Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang JY, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatol.* 2012;12:183-97.
10. Lai ECH, Lau WY. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *Surgeon.* 2005;5:317-24.

Esther P. García-Santos^{a,*}, David Padilla-Valverde^a, Pedro Villarejo-Campos^a, Susana Sánchez-García^a, Alejandro Puerto-Puerto^b y Jesús Martín-Fernández^a

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Urología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esther.garcia.santos@hotmail.com (E.P. García-Santos).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.05.015>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.