

Artículos multimedia

Pancreatectomía central por tumor quístico mucinoso mediante técnica híbrida (laparoscopia/laparotomía).

Central pancreatectomy for the treatment of mucinous cystic tumour by hybrid technique (laparoscopy/laparotomy).

M.Á. Suárez-Muñoz, J. Roldán-de la Rúa, L.C. Hinojosa-Arco, Y. Eslava-Cea, F. Ramos-Muñoz, N. Ávila-García, R. de Luna-Díaz

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN

La pancreatectomía central es una técnica preservadora de parénquima indicada para el tratamiento de lesiones benignas o de baja malignidad localizadas en cuello-cuerpo del páncreas. Presentamos el caso de una paciente de 55 años de edad con cuadros de pancreatitis aguda recidivante en relación con la existencia de una lesión quística de 8 mm de diámetro (quiste mucinoso no neoplásico) a nivel de cuello del páncreas. Como innovación técnica realizamos la intervención mediante abordaje híbrido, laparoscópico (para disección) y laparotómico (para anastomosis), que nos permitió un adecuado tratamiento de la lesión pancreática con una reducción del trauma quirúrgico. En el postoperatorio la paciente presentó una pancreatitis aguda abscesificada a nivel del remanente pancreático, próximo a la anastomosis pancreatogástrica, lo que motivó un cuadro hemorrágico con deterioro hemodinámico que precisó de reintervención urgente, realizándose una pancreatectomía

cóporocaudal totalizadora con esplenectomía. Tal como indica la literatura, las técnicas de cirugía pancreática preservadoras de parénquima permiten un mejor mantenimiento de las funciones endocrina y exocrina del páncreas, pero con el riesgo de una mayor morbilidad.

Palabras clave: tumor quístico de páncreas, pancreatectomía central, resección pancreática laparoscópica.

ABSTRACT

Central pancreatectomy is a parenchyma-sparing technique indicated for the treatment of benign or low-malignant lesions located in the neck-body of the pancreas. We present the case of a 55-year-old patient with recurrent acute pancreatitis in relation to the existence of a cystic lesion, 8 mm in diameter (non-neoplastic mucinous cyst) located on the neck of the pancreas. As a technical innovation, we performed the intervention using a hybrid approach, laparoscopic (for dissection) and laparotomic (for anastomosis), which allowed us to adequately treat the pancreatic lesion with a reduction in surgical trauma. In the postoperative period, the patient presented acute abscessed pancreatitis of the pancreatic remnant, close to

CORRESPONDENCIA

Miguel Ángel Suárez Muñoz
Hospital Universitario Virgen de la Victoria
29010 Málaga
masuarez59@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Suárez Muñoz MÁ, Roldán de la Rúa J, Hinojosa Arco LC, Eslava Cea Y, Ramos Muñoz F, Ávila García N, et al. Pancreatectomía central por tumor quístico mucinoso mediante técnica híbrida (laparoscopia/laparotomía). *Cir Andal*. 2019;30(2):259-61.

the pancreatogastric anastomosis, which led to a haemorrhagic episode with hemodynamic deterioration that required urgent reoperation, performing a totalizing corporocaudal pancreatectomy with splenectomy. As indicated in the literature, parenchymal-sparing pancreatic surgery techniques allow a better maintenance of the endocrine and exocrine functions of the pancreas, but with the risk of greater morbidity.

Keywords: cystic tumor of pancreas, central pancreatectomy, laparoscopic pancreatic resection.

INTRODUCCIÓN

La pancreatectomía central es una técnica quirúrgica alternativa a la pancreatectomía córpore-caudal, que se encuadra dentro del grupo de técnicas quirúrgicas preservadoras de parénquima pancreático (uncinectomía, enucleación, resección cefálica con preservación duodenal, pancreatectomía dorsal), y cuyo objetivo es prevenir el desarrollo de insuficiencia pancreática exocrina y/o endocrina postquirúrgica en pacientes con indicaciones seleccionadas¹.

CASO CLÍNICO

Presentamos en el vídeo el caso de una paciente de 55 años de edad, sin antecedentes de interés salvo ingresos repetidos en el servicio de Aparato Digestivo de nuestro centro (cinco ingresos en un periodo de cuatro meses), por cuadros de pancreatitis aguda sin causa etiológica identificable (no colelitiasis, no etilismo, no hiperlipidemia, no proceso infeccioso). Las técnicas de imagen (tomografía computarizada [TC] y resonancia magnética [RM]) pusieron de manifiesto la existencia de una lesión quística de 8 mm de diámetro a nivel del cuello del páncreas (**Figura 1**).

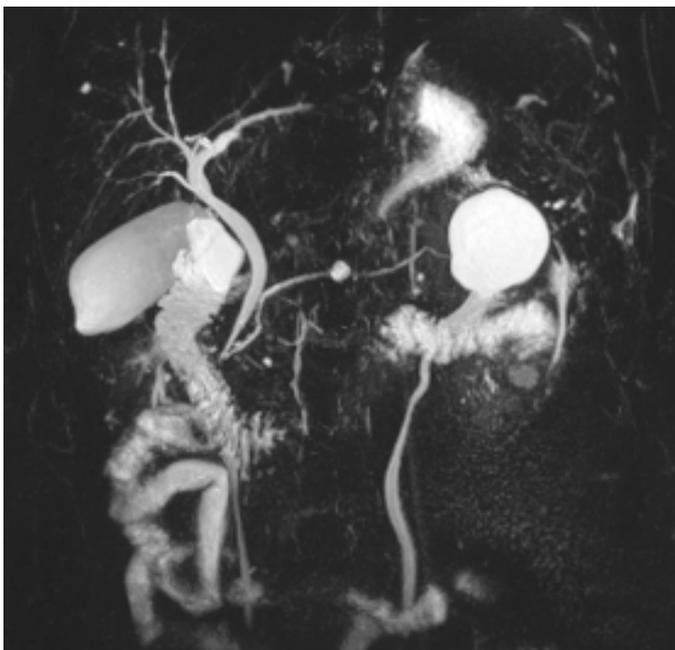


Figura 1

Resonancia magnética: imagen de reconstrucción en la que se aprecia la existencia de una lesión quística a nivel del cuello del páncreas.

La ultrasonografía endoscópica con toma de muestra para citología demostró la existencia de mucina en el interior del quiste. Con el diagnóstico de tumor quístico mucinoso pancreático sin datos de malignidad, responsable de los episodios de pancreatitis aguda por su proximidad al conducto de Wirsung, se indicó la resección quirúrgica del mismo, y dada su localización se planteó la realización de una pancreatectomía central con reconstrucción del páncreas distal mediante pancreatogastrotomía, de acuerdo al protocolo de nuestra unidad en los casos de páncreas de consistencia blanda y/o Wirsung no dilatado.

El abordaje quirúrgico se planeó mediante técnica híbrida, con la paciente en decúbito supino, piernas en abducción y ligera elevación/rotación del hemiabdomen izquierdo, con una primera fase laparoscópica en la que se emplearon cuatro trócares, dos de 11-12 mm y dos de 5 mm (para disección del páncreas, identificación de la vena mesentérica superior y creación del túnel prevascular retropancreático) y una segunda fase laparotómica (para realización de la anastomosis pancreatogástrica) practicando una pequeña laparotomía media supraumbilical que unió el trocar subxifoideo usado para separar con el supraumbilical por el que se accedió a la cavidad abdominal. Destacar durante el procedimiento la existencia de un componente inflamatorio residual del último episodio clínico de pancreatitis, con el hallazgo anatómico de la arteria y vena esplénicas en íntimo contacto (incluso rodeada la arteria) por parénquima pancreático. Para la sección pancreática empleamos una endograpadora Echelon® carga azul con sus ramas protegidas por fundas de material reabsorbible (Gore® Seamguard®). El tiempo quirúrgico empleado fue de 300 minutos, con pérdidas hemáticas de unos 150 ml, sin necesidad de transfusión de hemoderivados. En el postoperatorio inmediato detectamos la presencia de una fístula pancreática bioquímica², de bajo débito, con TAC de control al 6º día postoperatorio sin hallazgos patológicos valorables. Al 10º día la paciente presentó cuadro sincopal, hemorragia digestiva alta y visualización de contenido hemático en el drenaje abdominal izquierdo (previamente aspecto grisáceo), por lo que fue intervenida de urgencia encontrando hallazgos compatibles con pancreatitis aguda en el segmento pancreático próximo a la pancreatogastrotomía, sin hemoperitoneo. Se realizó pancreatectomía córpore-caudal con esplenectomía. El curso postoperatorio posterior fue favorable, siendo dada de alta con una estancia global de 20 días. La anatomía patológica de la lesión quística fue quiste mucinoso no neoplásico, y el páncreas resecado en la reintervención presentaba hallazgos de pancreatitis aguda abscesificada.



[Acceder al vídeo](#)

DISCUSIÓN

La pancreatectomía central es una técnica indicada para el tratamiento de lesiones benignas o de baja malignidad localizadas en cuello-cuerpo de páncreas. La primera descripción de la misma con exéresis y reconstrucción totalmente laparoscópicas fue realizada por Rotellar *et al.* en 2008³, drenándose el páncreas distal mediante una pancreatoyeyunostomía.

Con respecto al abordaje híbrido para la cirugía pancreática, si bien ha sido descrito principalmente en relación con la realización de una duodenopancreatectomía cefálica⁴, en nuestra paciente nos proporcionó un adecuado tratamiento de su lesión pancreática, permitiendo la fase laparoscópica la ejecución más segura de las maniobras de disección por la magnificación y mejor visualización de las estructuras, y la laparotómica la de anastomosis dada la complejidad técnica para la realización de una pancreatogastrostomía por vía laparoscópica, practicando una pequeña laparotomía media supraumbilical, con un menor trauma quirúrgico para la paciente si lo comparamos con la incisión subcostal bilateral. Sin embargo, tal como se recoge en la literatura, las técnicas preservadoras de parénquima presentan elevada morbilidad, superior al 60%, y tasa de fístula pancreática próxima al 50%⁵.

Además del aspecto técnico, el presente caso nos permite ilustrar dos diagnósticos histológicos infrecuentes: 1) la lesión pancreática reseca, que correspondió a un quiste mucinoso no neoplásico, entidad infrecuente descrita por primera vez en 2002 por Kosmahl *et al.*, caracterizada por una diferenciación mucinosa del revestimiento epitelial con ausencia de atipia celular, un fino estroma de soporte y ausencia de comunicación con el ducto pancreático, de la que no se han comunicado casos con transformación maligna⁶; 2) la pancreatitis del remanente pancreático⁷, que fue responsable de la complicación hemorrágica postoperatoria sufrida por nuestra paciente, y que puede no mostrar, o hacerlo de manera muy inespecífica, datos radiológicos de sospecha tal y como ocurrió en nuestra experiencia⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edwin B, Sahakyan MA, Abu-Hilal M, Besselink MG, Braga M, Fabre JM *et al.* Laparoscopic surgery for pancreatic neoplasms: the European association for endoscopic surgery clinical consensus conference. *Surg Endosc* 2017; 31: 2023-41.
2. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, Sarr M, Abu-Hilal M, Adham M *et al.* The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery* 2017; 161:584-91.
3. Rotellar F, Pardo F, Montiel C, Benito A, Regueira FM, Poveda IM *et al.* Totally laparoscopic Roux-en-Y duct-to-mucosa pancreaticojejunostomy after middle pancreatectomy: a consecutive nine-case series at a single institution. *Ann Surg* 2008; 247: 938-44.
4. Walsh RM, Chalikhonda S. How I Do It: Hybrid Laparoscopic and Robotic Pancreaticoduodenectomy. *J Gastrointest Surg* 2016; 20: 1650-7.
5. LaFemina J, Vagefi PA, Warshaw AL, Fernández del Castillo C. Transgastric Pancreaticogastric Anastomosis. An Alternative Operative Approach for Middle Pancreatectomy. *Arch Surg* 2010; 145: 476-81.
6. Ishigami K, Nishie A, Mochidome N, Asayama Y, Ushijima Y, Kakihara Y *et al.* Mucinous nonneoplastic cyst of the pancreas: CT and MRI appearances. *Abdom Radiol* 2017; 42: 2827-34.
7. Connor S. Defining post-operative pancreatitis as a new pancreatic specific complication following pancreatic resection. *HPB* 2016; 18: 642-51.
8. Chincarini M, Zamboni GA, Pozzi-Mucelli R. Major pancreatic resections: normal postoperative findings and complications. *Insights Imaging* 2018; 9: 173-87.