

Pancreatectomía distal por laparoscopia con preservación esplénica. Presentación de un caso

Laparoscopic distal pancreatectomy with preservation of the spleen: a one-case report

Dr. Gilberto Lozano Dubernard, Dr. Ramón Gil Ortiz Mejía, Dr. Siegfried Figueroa Barkow, Dra. Diana Gabriela Maldonado Pintado, Dra. Lourdes Marlene Rentería Ovando

Resumen

Objetivo: Presentar la resección del cuerpo y cola del páncreas con preservación esplénica por laparoscopia en una paciente con quiste de retención epitelial.

Sede: Hospital de tercer nivel.

Diseño: Presentación de caso.

Caso clínico: Mujer de 41 años, sin antecedentes, inicia 6 meses previos con dolor cólico en epigastrio y fosa iliaca izquierda, postprandial, de intensidad moderada, exacerbándose los últimos 15 días. Se acompaña de distensión abdominal, flatulencia evacuaciones líquidas sin moco ni sangre, signos vitales normales, fascies dolorosa, abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación media en epigastrio y fosa iliaca izquierda, sin datos de irritación peritoneal ni visceromegalias, peristalsis presente. Los estudios de laboratorio con antígeno 19.9 dan un valor de 40.5 ng/ml, en la tomografía abdominal se observa colon redundante y quiste pancreático simple, unilocular, seroso de 34 mm de diámetro, localizado en cuerpo de páncreas. Se efectuó resección de cuerpo y cola con preservación esplénica por laparoscopia, realizando disección de arteria y vena esplénicas, seccionando el páncreas con engrapadora lineal 6.0-3.5 y colocación de drenaje, sin complicaciones, con duración de 225 min y sangrado de 100 ml. El reporte histológico mostró quiste pancreático solitario verdadero, compatible con quiste de retención epitelial. Evolución satisfactoria.

Conclusión: La pancreatectomía distal laparoscópica es una técnica segura y eficaz utilizada para tumores benignos, con recuperación temprana y mejores resultados cosméticos, la preservación

Abstract

Objective: To present the resection of the body and tail of the pancreas with splenic preservation by means of laparoscopy in a female patient coursing with an epithelial retention cyst.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Case presentation.

Case report: Woman, 41-year-old, without antecedents, with a 6-month history of postprandial colic-type pain in the epigastrium and left iliac fossa, of moderate intensity, which exacerbated in the last 15 days. Pain is accompanied by abdominal distension, flatulence, liquid stools without mucus or blood, normal vital signs, painful, soft abdomen, depressible, with pain at mid-palpation in the epigastrium and left iliac fossa, without data of peritoneal irritation or visceral-megaly, peristalsis was present. Antigen 19.9 laboratory studies revealed a 40.4 ng/ml value, Abdominal tomography revealed the presence of a redundant colon and simple, unilocular, serous pancreatic cyst of 34 mm in diameter, located in the body of the pancreas. Resection of the body and tail of the pancreas with spleen preservation was performed by means of laparoscopy, dissecting the splenic vein and artery, sectioning the pancreas with a lineal 6.0-3.5 stapler, and placing a drainage, no complications occurred. Surgery lasted 225 min, bleeding amounted to 100 ml. Histology reported a real solitary pancreatic cyst, compatible with epithelial retention. The patient had a satisfactory evolution.

Conclusion: Distal laparoscopic pancreatectomy is a safe and efficacious technique used for benign tumors, with early recovery and better cosmetic re-

Departamento de Cirugía General del Hospital Ángeles del Pedregal

Recibido para publicación: 1 de agosto de 2008

Aceptado para publicación: 30 de septiembre de 2008

Correspondencia: Dr. Gilberto Lozano Dubernard. Camino a Santa Teresa Núm. 1055-255, Col. Héroes de Padierna. 10700, México, D.F.

E-mail: lozanodubernard@hotmail.com

Teléfono: (55) 56-52-97-98

esplénica y de sus vasos es el aspecto más importante de esta técnica.

Palabras clave: Resección de páncreas, pancreatectomía distal, preservación esplénica, resección laparoscópica.

Cir Gen 2008;30:170-173

sults. Preservation of the spleen and its vessels is the most important aspect of the procedure.

Key words: Pancreatic resection, distal pancreatectomy, splenic preservation, laparoscopic resection.

Cir Gen 2008;30:170-173

Introducción

Los avances actuales en cuanto a habilidades y técnicas quirúrgicas laparoscópicas han animado a los cirujanos a utilizarla en la evaluación y tratamiento de órganos sólidos, incluyendo al páncreas.¹

A pesar de que los procedimientos quirúrgicos abiertos son el tratamiento estándar para la enfermedad benigna y maligna del páncreas. En años recientes, una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos se han completado satisfactoriamente por vía laparoscópica, se ha demostrado que esta técnica puede ser desarrollada con un rango bajo de complicaciones; sin embargo, faltan estudios prospectivos aleatorios que evalúen los costos de la cirugía pancreática laparoscópica en comparación con la cirugía pancreática abierta.¹

Los beneficios de la cirugía laparoscopia del páncreas con preservación esplénica incluyen: pequeñas incisiones, menor dolor postoperatorio, rápido retorno de la función digestiva, rápida integración a su núcleo familiar, social y laboral, menos producción de adherencias abdominales y disminución de la respuesta inflamatoria relacionada al procedimiento con mejor respuesta inmunológica del paciente.²

Descripción del caso clínico

Se trata de paciente femenino de 41 años de edad, originaria y residente de Guadalajara, Jalisco, dedicada al hogar, sedentaria, sin hábitos de tabaquismo o alcoholismo y sin antecedentes personales patológicos conocidos, acude por iniciar 6 meses previos con dolor y distensión abdominal intermitentes, el cual se exacerbó en los últimos 15 días, siendo postprandial y de intensidad moderada, localizado en epigastrio y fosa iliaca izquierda, que se acompaña de distensión abdominal, flatulencia y evacuaciones líquidas sin moco ni sangre.

Al examen físico se encuentra con signos vitales normales, con fascies dolorosa, leve palidez de tegumentos, con abdomen blando, depresible, con leve dolor a la palpación media y profunda en epigastrio y fosa iliaca izquierda, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal ni visceromegalias, el resto de la exploración sin alteraciones. Se realizan estudios de laboratorio, los cuales fueron normales, excepto por la glucosa de 346 mg/dl y antígeno 19.9 en 40.5 ng/dl, se practicó colo-TAC con doble contraste, observándose colon redundante y quiste pancreático simple, unilocular, seroso de 34 mm de diámetro localizado en la cola del páncreas. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) no presentó alteraciones.

Se practicó pancreatectomía distal con preservación esplénica por vía laparoscópica, con tiempo quirúrgico de 225 minutos, sangrado aproximado de 100 ml. Se ingresa las primeras 24 h a la Unidad de Terapia Intensiva para cuidados especiales de cirugía de alto riesgo, con nutrición parenteral de apoyo, egresando al día siguiente a hospitalización, siendo su evolución satisfactoria. La amilasa y la lipasa disminuyeron de 383 mg/dl y 266 mg/dl respectivamente, hasta normalizarse. Se inició la vía oral el quinto día postoperatorio, siendo adecuadamente tolerada, se retira drenaje al séptimo día por gasto mínimo. La paciente es egresada del hospital sin complicaciones, con mejoría clínica al 7º día del postoperatorio, con inicio de su vida laboral a los 10 días.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia de la región, colocación de campos estériles, se practicó pneumoperitoneo a 12 mmHg, se insertan cuatro trócares 3 de 5 mm y 2 de 10-12 mm (**Figura 1**), se usó un laparoscopio de 5 mm de 30 grados, iniciándose el procedimiento con una inspección cuidadosa de la cavidad abdominal para descartar patología adicional. Se expone el páncreas, incidiendo el epiplón gastrocólico con el bisturí armónico hasta los vasos cortos, de ser necesario, para exponer el cuerpo y cola del páncreas en su totalidad, se coloca un separador en abanico, levantando el estómago a través del trocar de 10-12 mm superolateral izquierdo, se secciona el ligamento esplenocólico, previa retracción del ángulo esplénico del colon hacia la derecha y hacia abajo, con estas maniobras debe exponerse el borde inferior del páncreas para iniciar la disección retroperitoneal a lo largo de dicho órgano por medio de disección roma y cortante. La disección inicial debe dirigirse hacia la lesión, una vez localizada, se eleva el cuerpo pancreático con disección roma con lo que fácilmente se encontrará la vena esplénica (**Figura 2**), se tiene que tener mucho cuidado para no lesionar inadvertidamente la vena. A continuación se realiza una disección cuidadosa, separando al páncreas de la vena esplénica y sus ramas pancreáticas, usando el bisturí armónico para una buena hemostasia y continuando la disección en dirección a la cola del páncreas, esta disección nos ayuda a identificar la arteria esplénica para abatirla y evitar su lesión, la rama de la arteria gastroepiploica izquierda puede requerir de ligadura, una vez lograda la movilización del cuerpo pancreático, se aplica un Penrose alrededor del páncreas a nivel de la sección para poder colocar la engrapadora lineal cortante

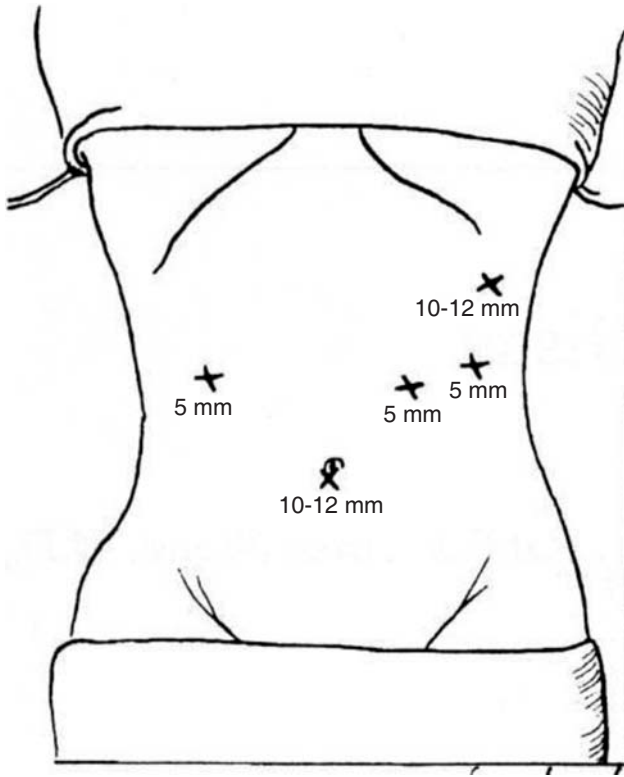


Fig. 1. Dibujo indicando la colocación de los puertos de laparoscopia.



Fig. 2. Fotografía de la vena esplénica disecada.

endoscópica (Endo GIA® 60-3.5) (Figura 3). Se realiza la sección pancreática y se completa la disección a nivel de la cola del páncreas en el hilio esplénico, por último se extrae la pieza quirúrgica por uno de los puertos de 10-12 mm, se revisa la hemostasia y la buena coloración del bazo, se aplica drenaje cerrado, se extraen los puertos de entrada, se cierra la cavidad abdominal, dándose por terminada la cirugía.

El reporte histológico mostró un quiste pancreático solitario verdadero, compatible con quiste de retención epitelial.



Fig. 3. Fotografía de la transección del páncreas.

Discusión

La cirugía laparoscópica del páncreas se inició en el año 1994 para el tratamiento de los tumores inflamatorios del páncreas debido a pancreatitis crónica.¹ Las experiencias iniciales han sido publicadas en forma de casos aislados o series que incluyen unos pocos pacientes. En el transcurso de estos últimos años, debido al progresivo avance tecnológico en los equipos de óptica e instrumentación, esta cirugía ha extendido sus aplicaciones al tratamiento de los tumores benignos y malignos del páncreas. Hasta el momento, la evaluación de los resultados no permite extraer conclusiones definitivas, en cuanto a la validez científica del procedimiento, y la experiencia clínica individual es, en la mayoría de los casos, insuficiente. Se hacen necesarios estudios multicéntricos con un gran número de casos, que permitan un análisis crítico de los resultados para conocer el beneficio de esta cirugía en los pacientes con enfermedades pancreáticas.^{3,4} En nuestro paciente, aunque no se presentaron complicaciones transoperatorias, por ser la primera cirugía realizada con esta técnica, decidimos proceder con cautela con su ingreso al Servicio de Terapia Intensiva para vigilancia hemodinámica durante las primeras horas de postoperatorio, con apoyo nutricional parenteral mientras se iniciaba la vía oral. Sin embargo, se mantuvieron los principios básicos de la cirugía de mínima invasión al practicar pequeñas incisiones en la pared abdominal, fácil control del dolor, rápida reintegración a su núcleo familiar, social y laboral.

Las complicaciones más frecuentes de la pancreatometomía distal con esplenectomía incluyen absceso, hemorragia y fístula de un 8 a 27% aproximadamente, la preservación esplénica disminuye la infección postesplenectomía, la cual es del 1 al 5% en la población general, con una mortalidad mayor al 50%. Sin embargo, ante un sangrado transoperatorio no debe insistirse en preservar el bazo.⁵ También está descri-

ta una técnica alternativa, descrita por Warshaw en 1988, con ligadura de arteria y vena esplénica, con preservación de los vasos cortos y de la arteria gastroeiploica izquierda y venas que pueden suplir la irrigación esplénica.⁶

La pancreatectomía distal laparoscópica es una técnica segura y eficaz utilizada clínicamente para tumores benignos y malignos en etapas tempranas (border line), con recuperación más rápida y mejores resultados estéticos.³

Por lo tanto, podemos concluir que la cirugía laparoscópica del páncreas ha aumentado su popularidad, la cirugía distal del páncreas con preservación esplénica es técnicamente simple. Sin embargo, esta información está limitada en cuanto a los resultados de la cirugía laparoscópica al compararse con la cirugía abierta, serán necesarios, a futuro, mayores estudios prospectivos, multicéntricos, aleatorios, que comprueben su eficacia.

Referencias

1. Uranues S, Alimoglu O, Todoric B, Toprak N, Auer Th, Rondon L, et al. Laparoscopic resection of the pancreatic tail with splenic preservation. *Am J Surg* 2006; 192: 257-61.
2. Lee KK, Chen D, Hughes SJ. Minimally invasive treatment of pancreatic disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2007; 36: 441-54.
3. Eom BW, Jang JY, Lee SE, Han HS, Yoon YS, Kim SW. Clinical outcomes compared between laparoscopic and open distal pancreatectomy. *Surg Endosc* 2008; 22: 1334-1338.
4. Fernández-Cruz L, Pardo F, Cugat E, Artigas V, Olsina J, Rottellar F, et al. Análisis del registro nacional español de la cirugía laparoscópica del páncreas. *Cir Esp* 2006; 79: 293-298.
5. Rodríguez JR, Madanat MG, Healy BC, Thayer SP, Warshaw AL, Fernández-del Castillo C. Distal pancreatectomy with splenic preservation revisited. *Surgery* 2007; 141: 619-625.
6. Carrère N, Abid S, Julio CH, Bloom E, Pradère B. Spleen-preserving distal pancreatectomy with excision of splenic artery and vein: a case-matched comparison with conventional distal pancreatectomy with splenectomy. *World J Surg* 2007; 31: 375-382.