

## NOTA CLÍNICA

# Pancreatectomía central en el tratamiento de lesión pancreática benigna. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Iván Domínguez Sánchez, Ramón Gómez Sanz, María Victoria Vieiro Medina, Mónica Galán Martín y Felipe de la Cruz Vigo

Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

## RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 45 años diagnosticada incidentalmente de lesión quística pancreática compatible con cistoadenoma seroso de 14 mm. Tras cinco años de seguimiento (TAC y RM) la lesión triplicó su tamaño y se indicó la intervención. Teniendo en cuenta la probable benignidad de la lesión, y en un intento de preservar tanto el bazo como la mayor cantidad posible de parénquima pancreático, se realizó una pancreatectomía central con derivación del remanente distal. Se revisa la literatura nacional e internacional publicada.

**Palabras clave:** Pancreatectomía central. Mesopancreatectomía. Lesión benigna pancreática.

## INTRODUCCIÓN

La pancreatectomía central (PC), como técnica preservadora de parénquima pancreático, se plantea como una buena alternativa quirúrgica a las resecciones pancreáticas mayores como la pancreatectomía distal (PD). En las series publicadas, la PC se ha indicado en lesiones benignas (tumores neuroendocrinos, cistoadenomas, tumores intraparenquimatosos de pequeño tamaño no susceptibles de ser tratados mediante enucleación, etc.), así como en aquellas lesiones con bajo grado de malignidad (quistes mucinosos, neoplasias papilares mucinosas intraductales [NMPI], quistes pseudopapilares sólidos, etc.) situadas en cuello y cuerpo proximal pancreático (1-6).

La PC disminuye la morbilidad asociada a las grandes resecciones, con menores tasas de insuficiencia pancreática tanto endocrina como exocrina, así como el riesgo de infecciones postesplenectomía.

A pesar de haberse publicado múltiples series internacionales, al revisar la literatura española hemos hallado muy escasa casuística publicada por centros hospitalarios de Navarra (1-6).

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 45 años con antecedentes de artritis reumatoide de larga evolución. En una ecografía del 2009 se encuentra incidentalmente una lesión quística unilocular de 14 mm en cuerpo pancreático. La paciente fue estudiada por Medicina del Aparato Digestivo, que en 2010 solicitó una RM y una punción con aguja fina guiada por ecoendoscopia (USE-PAAF), con obtención de material seroso sin atipias. El estudio de marcadores tumorales en sangre mostró CEA y tripsina normales, con un CA 19,9 de 34,77 U/ml (rango 0-27 U/ml). Finalmente, la paciente fue diagnosticada de lesión quística en cuerpo de páncreas compatible con cistoadenoma seroso. El seguimiento se hizo ecográficamente y, ante su aumento progresivo, en 2014 se realizaron TAC y RM que mostraron una lesión de, aproximadamente, 3,2 x 3 x 3,3 cm, habiendo triplicado su tamaño respecto a la resonancia previa.

Pese a que la paciente estaba asintomática, el crecimiento tumoral durante el seguimiento y el deseo de la paciente motivaron la resección quirúrgica de la lesión mediante PC.

A través de laparotomía transversa derecha se procedió a la liberación de los bordes superior e inferior del cuerpo-cola del páncreas, identificándose una lesión quística de 3-4 cm en istmo pancreático que impresionaba de benignidad. Se realizó la sección pancreática proximal a nivel de vena porta y se suturó el muñón pancreático con puntos sueltos de polipropileno. Se diseccionó y reseccionó la parte central del páncreas conteniendo la lesión y se preservaron la vena y arteria esplénicas. El páncreas distal se derivó mediante anastomosis pancreático-yeyunal con asa en Y de Roux de 60 cm. Se reforzó la anastomosis mediante sellador de fibrina líquido y se dejó colocado un drenaje aspirativo en ambiente anastomótico.

Recibido: 12-03-2016

Aceptado: 11-04-2016

Correspondencia: Iván Domínguez Sánchez. Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario 12 de Octubre. Av. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid  
e-mail: drdomsan86@gmail.com

Domínguez Sánchez I, Gómez Sanz R, Vieiro Medina MV, Galán Martín M, de la Cruz Vigo F. Pancreatectomía central en el tratamiento de lesión pancreática benigna. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Esp Enferm Dig 2017;109(3):225-228.

DOI: 10.17235/reed.2017.4291/2016

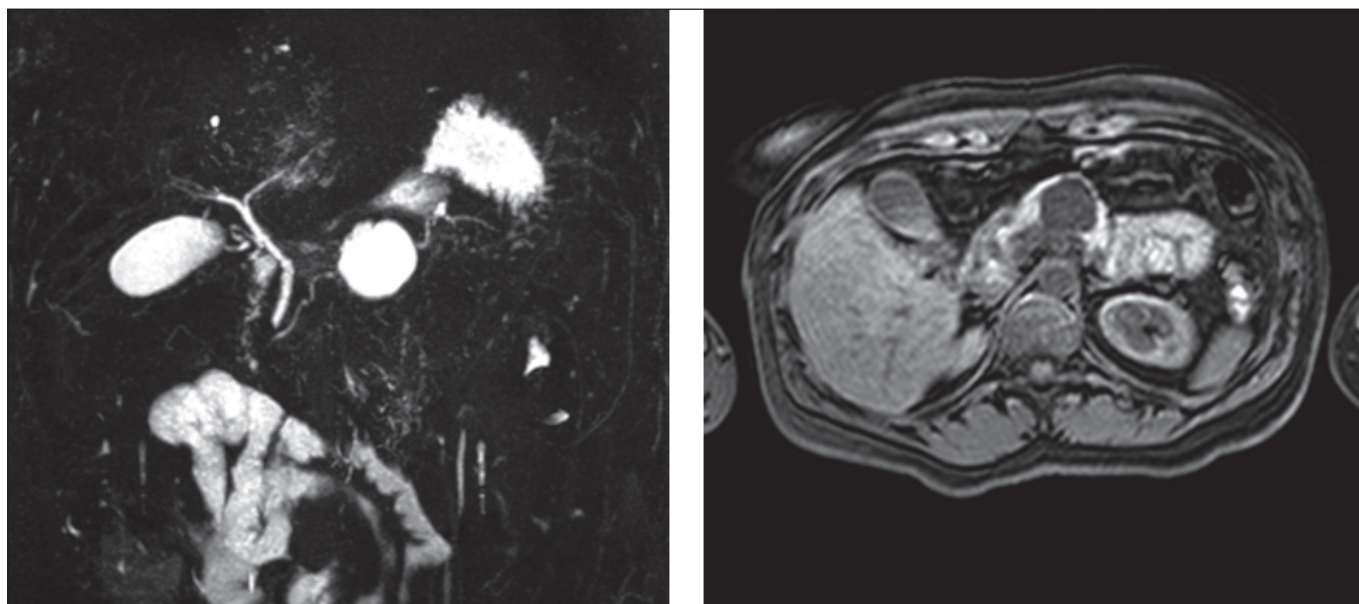


Fig. 1. Imágenes de RM en las que se identifica lesión quística de 3 x 3 cm compatible con cistoadenoma seroso.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dada de alta la paciente al noveno día postoperatorio con glucemias normales. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de cistoadenoma seroso.

Tras 16 meses de seguimiento, la paciente está asintomática y no ha presentado insuficiencia pancreática exoendocrina ni reingresos en relación con la cirugía.

## DISCUSIÓN

La frecuente utilización de técnicas de diagnóstico por imagen (ecografía, TAC) ha llevado últimamente a un aumento

del hallazgo incidental de lesiones pancreáticas, generalmente benignas, en pacientes asintomáticos, lo que ha supuesto un nuevo reto en el manejo y seguimiento de las mismas.

A la hora de abordar lesiones benignas en istmo y cuerpo proximal pancreático que no pueden ser enucleadas (lesiones de gran tamaño o cercanas al conducto de Wirsung), las técnicas habituales son la pancreatectomía distal (PD) y la PC (3-5). El abordaje clásico mediante PD supone la exéresis completa del cuerpo y cola pancreáticos; la PC, sin embargo, permite la preservación distal del páncreas y evita la esplenectomía. La PC requiere que la lesión tenga una localización central en la que valga la pena preservar el remanente pancreático.

Tabla I

Autor	Número casos pancreatectomía central	Técnica	Tipo lesiones	Tipo anastomosis	Índice fistula	Incidencia insuficiencia pancreática
Rotellar et al. 2008	9	9 laparoscopia	1 CS, 4 TNE, 3 QM, 1 NMPI	Pancreaticoyeyunal: 100%	22,2%	0%
Iacono et al. 2013	633	18 laparoscopia 12 robótica 603 abierta	121 QS, 147 TNE, 57 QM, 113 NMPI, 33 NQNE, 30 TPS, 9 MTR, 55 PCr5, 5 PQ, 63 otros	Pancreaticoyeyunal: 57,7% Pancreatogástrica: 38,4%	0,9%	Endocrina: 5,5% Exocrina: 11,9%
Goudard et al. 2014	100	100 abierta	3 QS, 35 TNE, 6QM, 33 NMPI, 12 TPS, 3 QS, 2 PQ, 2 ECP, 4 otros	Pancreatogástrica: 100%	63%	Endocrina: 7% Exocrina: 6%
Hirón el al. 2009	24	24 abierta	2 QS, 2 TNE, 2 QM, 16 NMPI, 1 TPS, 1 MTR	Pancreaticoyeyunal: 21 Pancreatogástrica: 3	62,5%	Exocrina: 4,7%

CS: cistoadenoma seroso; TNE: tumor neuroendocrino; QM: quiste mucinoso; NMPI: neoplasia papilar intraductal mucinosa; NQNE: neoplasia quística no especificada; TPS: tumor sólido pseudopapilar; MTR: metástasis renal; QS: quiste simple; PCr: pancreatitis crónica; PQ: pseudoquiste; ECP: estenosis conducto pancreático.

Realizada por primera vez en 1982 por Dagradi y Serio, la PC consiste en la exéresis del istmo pancreático con posterior derivación del muñón distal mediante pancreatocoyeyunostomía o pancreaticogastrostomía (1,2).

Comparadas ambas intervenciones (PC vs. PD), los distintos estudios han demostrado una mayor presencia de morbilidad asociada a corto plazo en la PC. Entre las complicaciones cabe destacar el riesgo de fístula pancreática postoperatoria de en torno al 30-40% y que se relaciona con la presencia de los dos márgenes quirúrgicos presentes en la PC (1,3,4). Al tratarse de lesiones benignas sobre páncreas sano, este suele tener consistencia blanda y un conducto de Wirsung de escaso diámetro, lo que supone un mayor riesgo de fuga anastomótica. En cuanto al riesgo de fistulización en relación con el tipo de anastomosis pancreática, la incidencia acumulada de fístula parece ser mayor en la pancreatocoyeyunostomía respecto a la pancreatogástrica, presentando esta, sin embargo, un menor riesgo de insuficiencia exocrina. El riesgo de reintervención por fístula es bajo (en torno al 4%), teniendo el manejo conservador buenos resultados (1,2,7,8).

La pancreatectomía central parece que disminuye la pérdida de sangre intraoperatoria, pero se asocia a un aumento del tiempo quirúrgico en relación con la minuciosidad requerida en este tipo de intervención (1,3,9).

A la hora de evaluar los resultados a largo plazo es donde cabe destacar el beneficio de la PC en cuanto a la preservación de la función pancreática (5,7). Según el metaanálisis realizado por Iacono y cols. en 2013, el riesgo de insuficiencia endocrina en la PC resultó ser de un 5,5%, en contraposición al 23,6% de la PD. En cuanto a la función exocrina el porcentaje sería de 11,9% respecto a 19,1% (1,3). A nivel nacional cabe destacar el estudio realizado por Herrera-Cabezón y cols., en el que se revisaron 480 resecciones pancreáticas, entre las cuales diez fueron PC. Las indicaciones para PC fueron tres NMPI, cuatro cistoadenomas y tres tumores neuroendocrinos. La tasa de fistulizaciones fue de 70-80%, resueltas mediante manejo conservador (8). Valentí-Azcárate y cols. describen en 2005 tres casos de PC, dos de ellos de cistoadenoma mucinoso y uno de cistoadenoma seroso (5).

En cuanto al tipo de abordaje, en la mayoría de las series se describe la cirugía abierta, considerándose necesaria en ciertos estudios la adecuación de la técnica a la cirugía

laparoscópica y robótica (2,5,10). Cabe destacar la serie de nueve pancreatectomías centrales laparoscópicas descritas por Rotellar y cols. en 2008, con buenos resultados (10).

## CONCLUSIÓN

La pancreatectomía central como técnica preservadora de parénquima puede ser una excelente opción quirúrgica en pacientes con lesiones benignas o de baja malignidad (quísticas o no) de localización central y con parénquima sano. Cabe destacar el alto grado de complejidad de la técnica así como la posible mayor incidencia de fístula pancreática en el postoperatorio (1,3,5).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Iacono C, Verlato G, Ruzzenente A, et al. Systematic review of central pancreatectomy and meta-analysis of central versus distal pancreatectomy. Wyley Online Library 2013. DOI: 10.1002/bjs.9136
2. Iacono C, Ruzzenente A, Bortolasi L, et al. Central pancreatectomy: The Dagradi Serio Iacono operation. Evolution of a surgical technique from the pioneers to the robotic approach. *World J Gastroenterol* 2014;20(42):15674-81. DOI: 10.3748/wjg.v20.i42.15674
3. Goudar Y, Gujoux S, Dokmak S, et al. Reappraisal of central pancreatectomy: A 12-year single-center experience. *JAMA Surg* 2014;149(4):356-63. DOI: 10.1001/jamasurg.2013.4146
4. Beger H, G, Siech M, Poch B, et al. Limited surgery for benign tumours of the pancreas: A systematic review. *World J Surg* 2015;39:1557-66. DOI: 10.1007/s00268-015-2976-x
5. Valentí-Azcárate V, Pardo-Sánchez F, Rotellar-Sastre F, et al. Pancreatectomía central en tumores benignos del cuello del páncreas. *Cir Esp* 2005;78(6):388-90 DOI: 10.1016/S0009-739X(05)70961-1
6. Cienfuegos J.A, Rotellar F, Martí Cruchaga P, et al. Neoplasia papilar mucinosa intraductal del páncreas: Resultados clínico-patológicos. *Rev Esp Enferm Dig* 2010;102(5):314-20. DOI: 1130-0108/2010/102/5/314-320
7. Hirono S, Tani M, Kawai M, et al. A central pancreatectomy for benign or low-grade malignant neoplasm. *J Gastrointest Surg* 2009;13:1659-65. DOI: 10.1007/s11605-009-0934-0934.
8. Herrera-Cabezón F, Pablo Sánchez-Acedo P, Cruz Zazpe-Ripa C, et al. Estándares de calidad en 480 resecciones pancreáticas: estudio prospectivo observacional. *Rev Esp Enferm Dig* 2015;107(3):143-51. DOI: 1130-0108/2015/107/3/143-151.
9. Del Chiaro M. Are there really indications for central pancreatectomy? *JAMA Surg* 2014;149(4):364. DOI: 10.1001/jamasurg.2013.4166
10. Rotellar F, Pardo F, Montiel C, et al. Totally laparoscopic Roux-en-Y ducto-to-mucosa pancreatocoyeyunostomy after middle pancreatectomy. *Ann Surg* 2008;247:938-44. DOI:10.1097/SLA.0b013e3181724e4a