



12°
CONGRESO
DE LA
ASOCIACIÓN MEXICANA HEPATO PANCREATO BILIAR

INTRODUCCIÓN

La pérdida de la función del bazo como consecuencia de una esplenectomía puede asociarse a complicaciones precoces a medio y largo plazo, siendo las más conocidas la sepsis por bacterias encapsuladas o el aumento de riesgo de enfermedades neoplásicas, en especial las de origen hematológico.

Para evitar estas complicaciones tras una pancreatectomía izquierda, corporocaudal o distal, la preservación del bazo se puede contemplar en pacientes con tumores benignos o de malignidad intermedia localizados en el cuerpo y la cola del páncreas. Presentamos una pancreatectomía corporocaudal laparoscópica con preservación del bazo mediante la preservación de los vasos esplénicos, también conocida como técnica de Kimura.

Pancreatectomía corporocaudal laparoscópica por quiste pancreático gigante con preservación del bazo y de los vasos esplénicos.

Autores: Dr. Carlos Monterroso Bolaños y Dr. Eduardo Molina Samayoa

Institución: Centro de Cirugía Gastrointestinal y Hepatobiliar de Quetzaltenango, Guatemala

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 13 años sin antecedentes con historia de masa abdominal de 1 año de evolución, de crecimiento lento progresivo asociado a dolor de hombro izquierdo, vómitos postprandiales y sensación de plenitud. Abdomen distendido con masa palpable a nivel de hipocondrio izquierdo y epigastrio de aproximadamente de 500cc ovalado con dolor a la palpación. Tomografía se evidencia una masa quística gigante que proviene de la cola del páncreas desplazando órganos como estómago, riñón izquierdo y llega hasta cavidad pélvica. El día 2 de febrero del 2024 es llevada a sala de operaciones para realizar pancreatectomía corporocaudal laparoscópica con preservación esplénica técnica Kimura. Utilizando técnica Francesa de 5 puertos se realiza drenaje de quiste de obteniendo 2800cc de líquido claro, posteriormente se realiza liberación de adherencias formadas a estómago, colon y bazo, luego se realiza disección de vasos esplénicos primero vena y luego arteria para posteriormente realizar la resección pancreática corporo caudal incluyendo el saco quístico.

A las 72 hrs del procedimiento paciente con adecuada evolución sin complicaciones con disminución en el gasto del drenaje tolerando adecuadamente por vía oral. Se obtuvo cultivo del líquido con resultados negativos. Resultado de citología negativo para malignidad y resultado de patología reporta Cistoadenoma Seroso, negativo para malignidad. Por los hallazgos descritos se decide egreso a paciente para seguimiento de consulta externa.

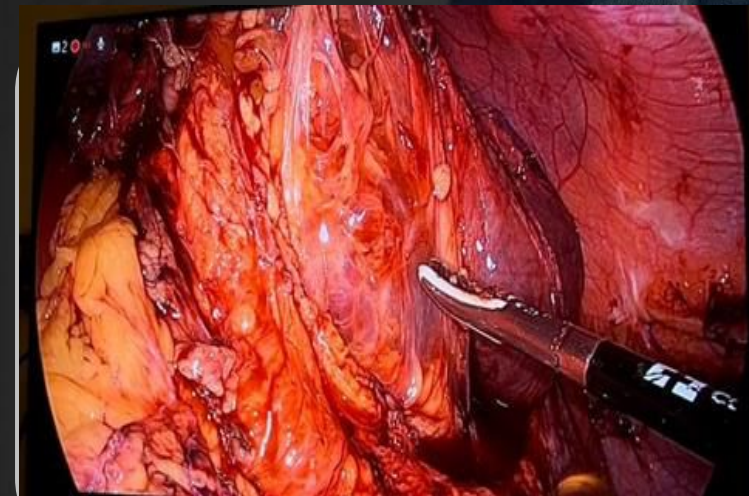


Figura No1 disección del quiste con cuerpo de pancreas

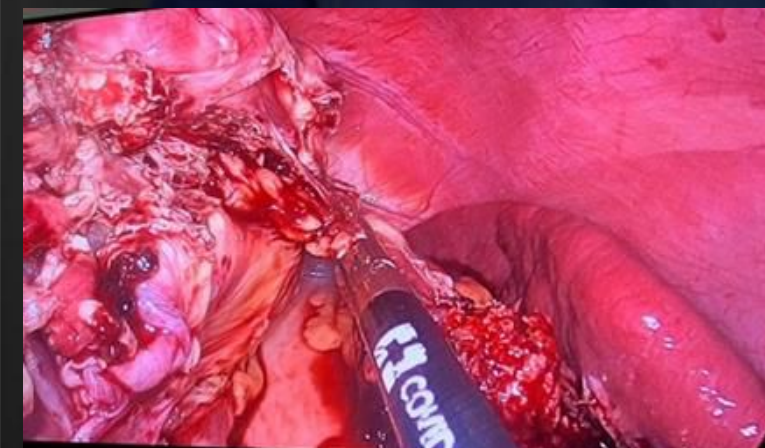


Figura No2 preservación de vasos esplénicos

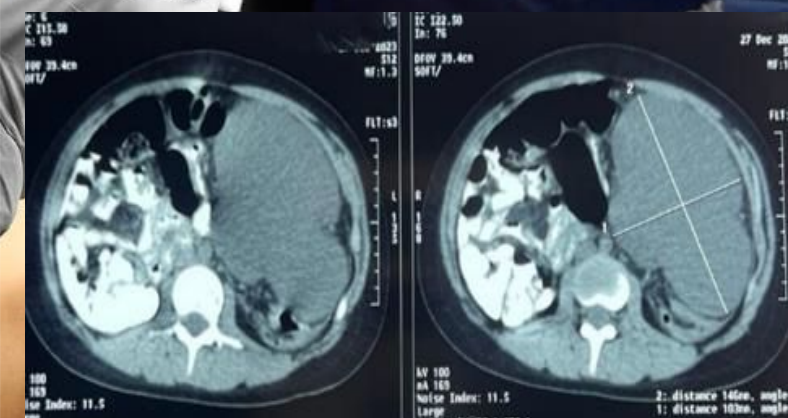


Figura No3. TAC abdominal evidenciando quiste pancreático que llega hasta cavidad pélvica

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los tumores quísticos del páncreas abarcan una gran variedad de tipos histológicos, entre los que destacan por su frecuencia los cistoadenomas serosos (25% del total). Dentro de este tipo, es posible diferenciar la variedad microquística y la oligoquística /unilocular.

Esta última variante, y en particular la muy infrecuente forma unilocular, debido a sus características macroscópicas posee un diagnóstico diferencial muy dificultoso respecto a otras lesiones tumorales, especialmente el cistoadenoma mucinoso y el pseudoquiste. Este diagnóstico diferencial es fundamental, pues las formas serosas pueden ser manejadas de forma segura mediante la observación simple, mientras que las formas mucinosas deben ser todas resecadas debido a su alto potencial maligno.

REFERENCIAS

1. Pérez Saborido B, Asensio Díaz E, Bailón Cuadrado M, Rodríguez López M, Pacheco Sánchez D. Pancreatectomía corporocaudal. En: Martín Pérez E, Sabater Ortí L, Sánchez-Bueno F, Editor. Cirugía Biliopancreática. 2ª edición. España: Aran ediciones SL; 2018. p 313-324.
2. Kimura W, Inoue T, Futakawa N, Shinkai H, Han I, Muto T. Spleen-preserving distal pancreatectomy with conservation of the splenic artery and vein. Surgery. 1996 Nov; 120 (5): 885-890.