

Artículos Multimedia

Pancreatectomía corporo-caudal con preservación esplénica (técnica de Warshaw) vía laparoscópica

Laparoscopic Spleen-preserving distal pancreatectomy (Warshaw technique)

Ávila García NS, Roldán de la Rúa J, Hinojosa Arco LC, Eslava Cea Y, Suárez Muñoz MÁ

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN

Introducción: en la práctica, existen varias modalidades técnicas de pancreatectomía corporo-caudal, en función del volumen resecado, de la conservación o no del bazo (a su vez, con o sin preservación de los vasos esplénicos) y de la vía de acceso. Con respecto a esto último, el abordaje mínimamente invasivo se ha convertido en el gold estándar, demostrando sus beneficios al disminuir las complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria y tasa de transfusión sanguínea, preservando los conceptos oncológicos en patología maligna.

Caso clínico: mujer de 49 años sin antecedentes médicos de interés que en TC y RMN de páncreas, solicitadas por amilasemia aumentada, se detectó una lesión quística unilocular de 5-6 cm en cola de páncreas, compatible con Cistoadenoma mucinoso de páncreas.

Ante los hallazgos de patología premaligna, se planteó una pancreatectomía distal laparoscópica con preservación esplénica, según la técnica de Kimura. Sin embargo, durante la intervención quirúrgica, se evidenció la imposibilidad de preservar los vasos esplénicos por su íntima adhesión con la lesión quística, por lo que se llevó a cabo la técnica de Warshaw.

La paciente presentó buena evolución en planta (Clavien-Dindo II) con alta hospitalaria al 5º día postoperatorio.

Conclusiones: en conclusión, consideramos la técnica de Kimura como el procedimiento de elección, y la técnica de Warshaw como una operación de rescate para preservar el bazo según el estudio preoperatorio o ante sangrado incontrolado intraoperatorio durante la disección de los vasos esplénicos.

Palabras clave: pancreatectomía corporocaudal con preservación esplénica, laparoscopia, Técnica de Warshaw.

CORRESPONDENCIA

Natalia Soledad Ávila García
Hospital Virgen de la Victoria
29010 Málaga
natigarcia1986ran@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Ávila García NS, Roldán de la Rúa J, Hinojosa Arco LC, Eslava Cea Y, Suárez Muñoz MÁ. Pancreatectomía corporo-caudal con preservación esplénica (Técnica de Warshaw) vía laparoscópica. Cir Andal. 2020;31(2):202-05.

ABSTRACT

Introduction: there are several technical variations of distal pancreatectomy, depending on the volume resected, the preservation or otherwise of the spleen (with or without splenic vessel preservation) and the access route. With respect to the latter, the minimally invasive approach has become the gold standard, proving its benefits by reducing postoperative complications, hospital stay and blood transfusion rate, while preserving oncological concepts in malignant pathologies.

Case report: a 49-year-old woman with no significant medical history. In CT and MRI of the pancreas, requested due to increased amylasemia, a uniloculated cystic lesion measuring 5-6 cm was detected in the tail of the pancreas, compatible with mucinous cystadenoma of the pancreas.

Given the findings of pre-malignant disease, a laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy was proposed, to be performed according to the Kimura technique. However, during surgery the impossibility of preserving the splenic vessels was observed due to their intimate adhesion to the cystic lesion, and therefore the Warshaw procedure was carried out.

The patient evolved well on the ward (Clavien-Dindo II) and was discharged on the fifth day following the operation.

Conclusions: in conclusion, we consider the Kimura technique as being the procedure of choice, and the Warshaw technique as a rescue operation to preserve the spleen according to the preoperative study or in case of uncontrolled intraoperative bleeding during the dissection of splenic vessels.

Keywords: spleen-preserving distal pancreatectomy, laparoscopic, Warshaw technique.

INTRODUCCIÓN

La pancreatectomía corporo-caudal engloba varias opciones quirúrgicas en función de diferentes variables anatómicas y oncológicas, que van desde la cirugía oncológica radical en el cáncer de páncreas hasta la cirugía preservadora de parénquima pancreático, esplénico y vascular en patología benigna. Esto último, repercute en menor insuficiencia pancreática endo y exocrina, así como mantener la función inmunológica esplénica, importante en la infección por gérmenes encapsulados¹.

Existen dos variantes quirúrgicas para la preservación esplénica. La primera requiere la disección meticulosa y esqueletización tanto de la vena como de la arteria esplénica (técnica descrita por Kimura en 1996)² mientras que la segunda estrategia requiere la división de la arteria y vena esplénicas en el punto de transección del páncreas y de nuevo cerca del hilio esplénico. En ésta última variante el bazo recibe el suministro sanguíneo a través de los vasos cortos del estómago y los vasos gastro-epiploicos izquierdos y fue descrita por Warshaw en 1988³.

Por otro lado, el abordaje mínimamente invasivo de una pancreatectomía al lado izquierdo de la vena mesentérica superior se ha convertido en el gold estándar⁴, demostrando sus beneficios

disminuyendo las complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria y tasa de transfusión sanguínea, preservando los conceptos oncológicos en caso de patología maligna.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 49 años sin antecedentes médicos de interés que acudió a urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo y aparición de un cordón cutáneo compatible con tromboflebitis tóraco-abdominal autolimitada. En la analítica de urgencias destacó amilasemia elevada, completándose el estudio con resonancia magnética nuclear y tomografía computerizada de páncreas, detectándose una lesión quística uniloculada en cola de páncreas de 5-6 cm, compatible con Cistoadenoma mucinoso de páncreas.

Ante los hallazgos de patología premaligna, se plantearon las diferentes opciones quirúrgicas preservadoras de parénquima, optándose por una pancreatectomía distal laparoscópica con preservación esplénica y de vasos esplénicos (técnica de Kimura²). No obstante, durante la intervención, se confirmó la imposibilidad de preservar los vasos esplénicos por su íntima adherencia con la lesión quística (figura 1), por lo que se decidió realizar la técnica de Warshaw³ (figura 2).

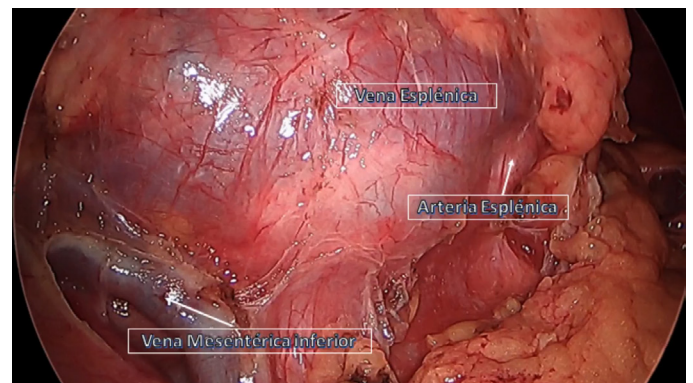


Figura 1

Relación de la lesión con las estructuras vasculares.

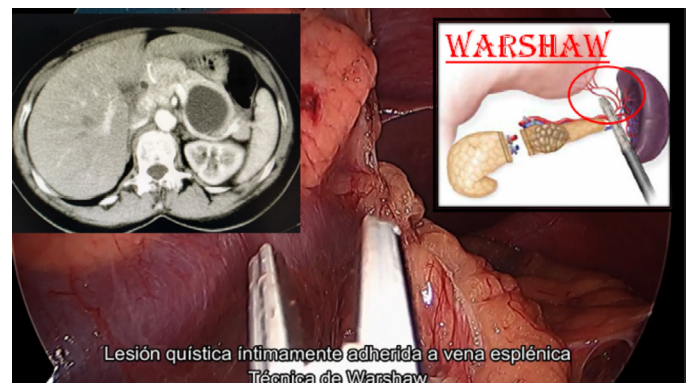


Figura 2

Técnica de Warshaw.

El postoperatorio transcurrió con buena evolución en planta, aunque la paciente presentó criterios de fístula pancreática bioquímica (ISGPS)⁵; por lo que se mantuvo el drenaje intraabdominal hasta el octavo día postoperatorio y se inició tratamiento con Octreótide, con progresivo descenso en volumen y cantidad de amilasa en líquido del drenaje.

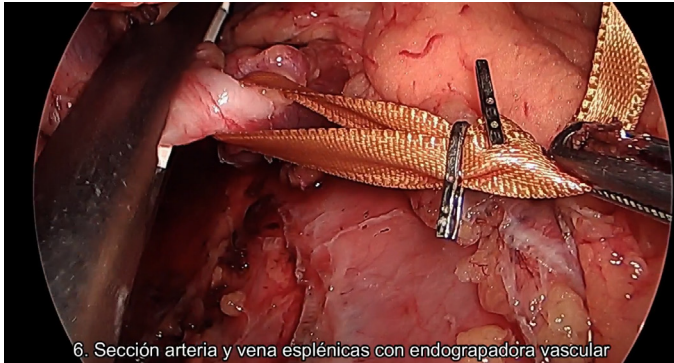


Figura 3

Control de los vasos esplénicos próximos al hilio esplénico.

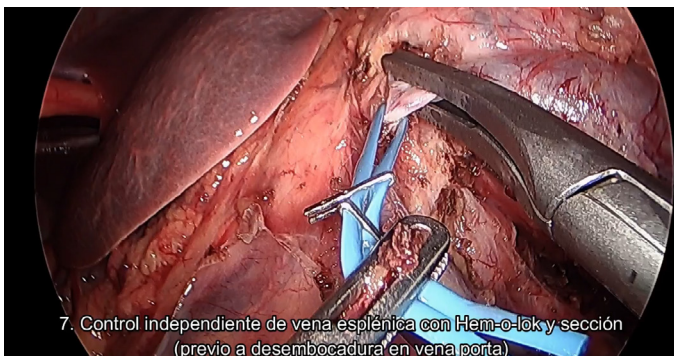


Figura 4

Control de la vena esplénica previo a su desembocadura en la vena porta.

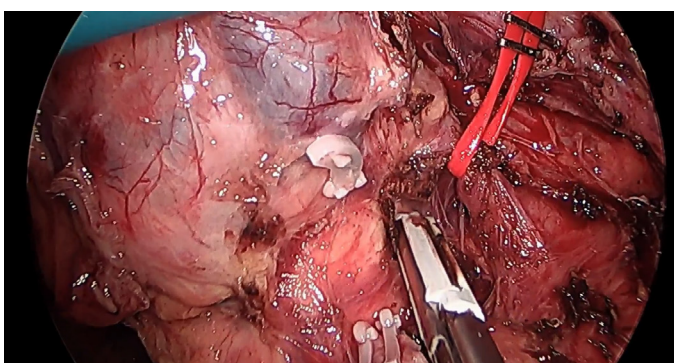


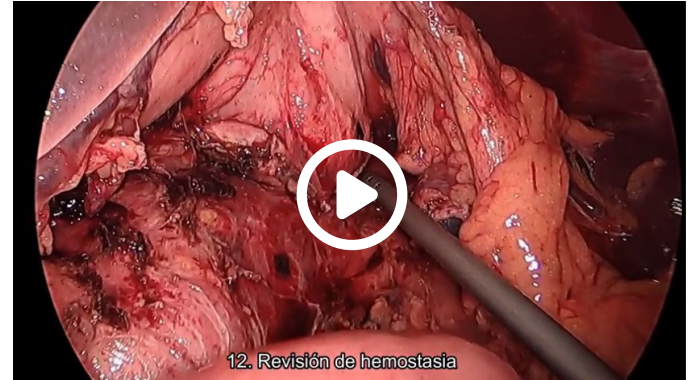
Figura 5

Control de la arteria esplénica a nivel de su salida en tronco celíaco.

La paciente fue dada de alta a domicilio al quinto día postoperatorio. Al sexto día se realizó una tomografía computerizada que evidenció infarto esplénico junto a una mayor captación de

contraste del bazo en fase tardía, lo cual corroboró su vascularización por colaterales; así mismo, descartó la presencia de colecciones intraabdominales.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmó una neoplasia quística mucinosa con foco de displasia de bajo grado.



[Acceder al vídeo](#)

DISCUSIÓN

Varios meta-análisis comparando ambas técnicas han demostrado que ambos procedimientos son seguros, pero muestran preferencia por la técnica de Kimura, ya que se asocia a una menor incidencia de complicaciones postoperatorias⁶⁻⁹.

De hecho, uno de los meta-análisis más recientes⁶, que incluyó 1039 pacientes que se sometieron a pancreatometomía distal con preservación esplénica (679 con técnica de Kimura y 360 con técnica de Warshaw) mostró que ambos procedimientos son seguros y efectivos, pero la técnica de Warshaw es más fácil y supone una menor pérdida de sangre intraoperatoria estimada, aunque no detectó diferencias significativas en cuanto al tiempo quirúrgico. Por último, con respecto a los resultados postoperatorios, demostró que la técnica de Kimura tiene una menor incidencia de complicaciones postoperatorias importantes, incluyendo fístula pancreática, infarto esplénico y varices gástricas o perigástricas⁶⁻⁹.

Por consiguiente, consideramos la técnica de Kimura como el procedimiento de elección, y la técnica de Warshaw como una operación de rescate para preservar el bazo según el estudio preoperatorio (tamaño y localización de la lesión, proceso inflamatorio asociado) o ante sangrado incontrolado intraoperatorio durante la disección de los vasos esplénicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Saborido B, Asensio Díaz E, Bailón Cuadrado M, Rodríguez López M, Pacheco Sánchez D. Pancreatometomía 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.

3. Warshaw AL. Conservation of the spleen with distal pancreatectomy. *Arch Surg*. 1988 May; 123 (5): 550-553.
4. De Rooij T, Sitarz R, Busch OR, Besselink MG, Abu Hilal M. Technical aspects of laparoscopic distal pancreatectomy for benign and malignant disease: a review of the literature. *Gastroenterol Res Pract*. 2015; 2015:472906.
5. 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 Mar; 161 (3): 584-591.
6. Song J, He Z, Ma S, Ma C, Yu T, Li J. Clinical comparison of spleen-preserving distal pancreatectomy with or without splenic vessel preservation: a systematic review and meta-analysis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2019 Mar; 29 (3): 323-332.
7. Sun N, Lu G, Ahang L, Wang X, Gao C, Bi J et al. Clinical efficacy of spleen-preserving distal pancreatectomy with or without splenic vessel preservation: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Dec; 96 (48): e8600.
8. Partelli S, Cirocchi R, Randolph J, Parisi A, Coratti A, Falconi M. A systematic review and meta-analysis of spleen-preserving distal pancreatectomy with preservation or ligation of the splenic artery and vein. *Surgeon*. 2016 Apr; 14 (2): 109-118.
9. Yu X, Li H, Jin C, Fu D, Di Y, Hao S et al. Splenic vessel preservation versus Warshaw's technique during spleen-preserving distal pancreatectomy: a meta-analysis and systematic review. *Langenbecks Arch Surg*. 2015 Feb; 400 (2): 183-191.