

# Pancreatectomías izquierdas o distales

**D. Jaeck**  
**K. Boudjema**  
**P. Bachellier**  
**J. C. Weber**  
**T. Asensio**  
**P. Wolf**

*Las pancreatectomías corporocaudales son más raras y más sencillas. Comportan habitualmente la exéresis en monobloque del cuerpo y cola de la glándula, así como del bazo para extirpar los ganglios de su hilio. La conservación esplénica es preferible cuando la exéresis pancreática se realiza por patología benigna. El drenaje del extremo distal del Wirsung cefálico sólo está indicado en caso de duda con respecto a la permeabilidad de la papila.*

## Introducción

Las exéresis pancreáticas izquierdas son de dos tipos. Consisten ya sea en una esplenopancreatectomía corporocaudal, donde la resección pancreática se asocia a una resección en monobloque del bazo, ya sea en una pancreatectomía izquierda con conservación del bazo.

## Indicaciones

Las pancreatectomías izquierdas con conservación esplénica se indican en los siguientes casos:

- Pancreatitis crónica con lesiones limitadas a la cola del páncreas [°].
- Pseudoquistes.
- Tumores quísticos (cistoadenomas mucinosos).
- Tumores benignos con o sin secreción.
- Fístula después de cirugía pancreática.
- Traumatismo pancreático.

No obstante, la conservación esplénica puede resultar imposible en los casos de pancreatitis crónica con importantes modificaciones inflamatorias [4]. Es aconsejable siempre que se pueda realizar en los traumatismos pancreáticos [11, 13, 17].

Por el contrario, la esplenopancreatectomía corporocaudal se indica en caso de:

- Tumor maligno pancreático resecable, lo que representa una tasa bastante baja de casos (menos de un 10 %), dado el carácter a menudo tardío del diagnóstico en esta topografía corporocaudal de los adenocarcinomas [2].
- Invasión locorregional pancreática y esplénica por un tumor gástrico, renal o del ángulo cólico derecho.

## Técnica

### Esplenopancreatectomía corporocaudal

#### Incisión

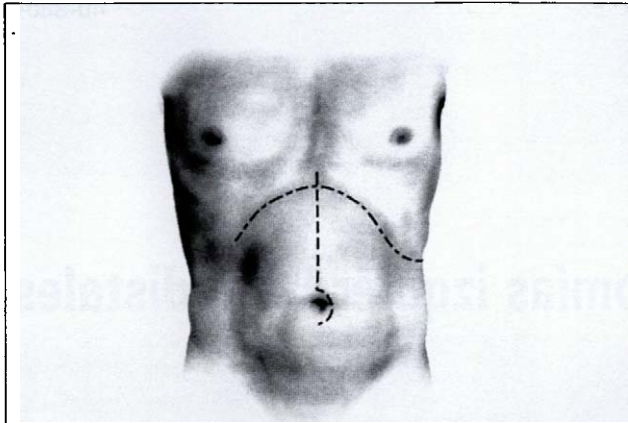
Una incisión subcostal izquierda prolongada hacia la derecha procura la mejor visión. Se puede utilizar también una laparotomía mediana en pacientes longilíneos (fig. 1)

#### Exploración

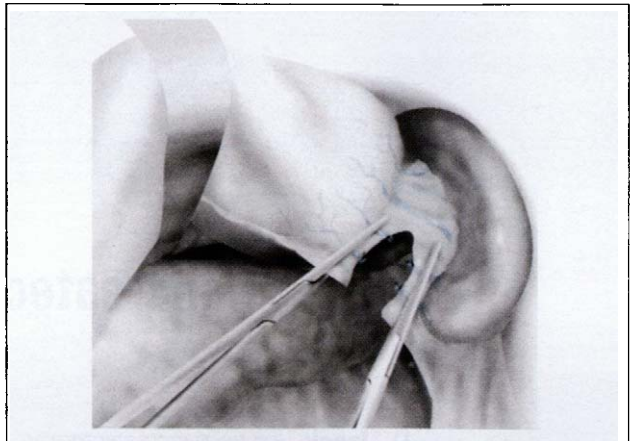
Tras la apertura de la cavidad peritoneal, hay que descartar una contraindicación de la exéresis buscando una carcinomatosis peritoneal, la presencia de metástasis hepáticas, una invasión de la raíz del mesenterio y la existencia de adenopatías claramente metastásicas. Estas contraindicaciones pueden ser relativas en caso de tumor neuroendocrino.

En un primer tiempo, se realiza una disección coloepiploica para abrir ampliamente la trascavidad de los epiplones (fig. 2).

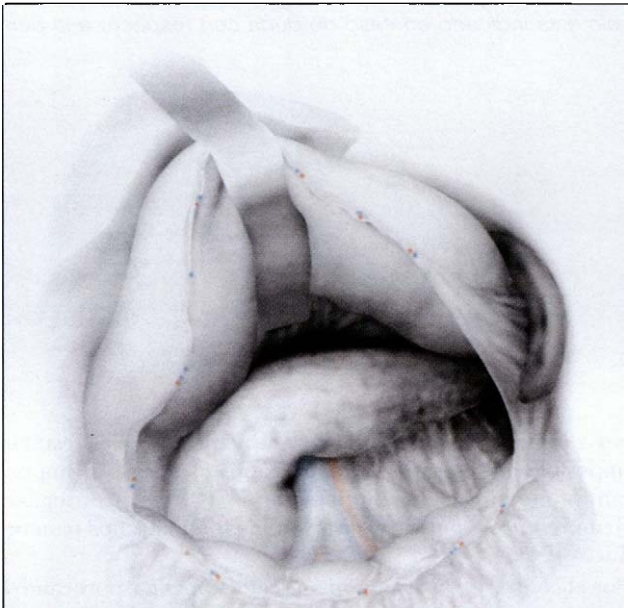
Daniel JAECK: Professeur des Universités, chirurgien des Hôpitaux.  
 Karim BOUDJEMA: Professeur des Universités, chirurgien des Hôpitaux.  
 Philippe BACHELLIER: Chirurgien des Hôpitaux, praticien hospitalier.  
 Jean-Christophe WEBER: Chirurgien des Hôpitaux, Chirurgien-assistant des Hôpitaux.  
 Thierry ASENSIO: Chirurgien des Hôpitaux, Chirurgien-assistant des Hôpitaux.  
 Philippe WOLF: Professeur des Universités, chirurgien des Hôpitaux.  
 Centre de chirurgie viscérale et de transplantation, hôpitaux universitaires de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, avenue Molière, 67098 Strasbourg cedex, France.



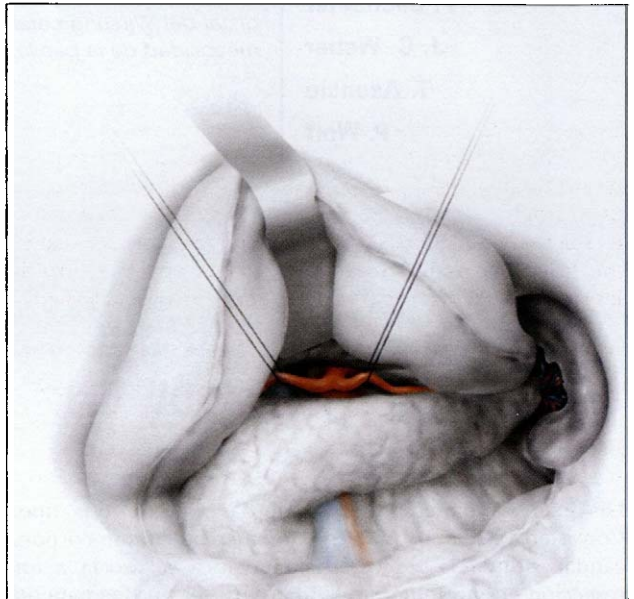
**1** Trazado de las incisiones.



**3** Sección del ligamento gastroesplénico.



**2** Exposición de la glándula pancreática después de la apertura de la trascavidad de los epiplones.



**4** Identificación y control mediante colocación de lazos de las arterias hepática y esplénica.

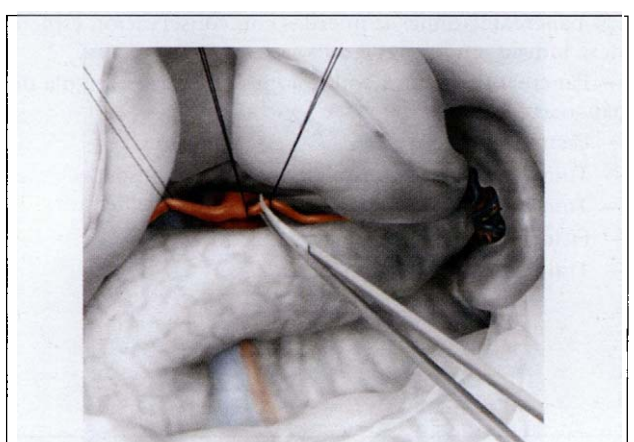
La sección del ligamento gastroesplénico por ligadura de los vasos cortos libera el bazo de la curvatura mayor gástrica (fig. 3). El estómago se desplaza hacia arriba y el colon transverso hacia abajo, asegurando así una exposición excelente del cuerpo y de la cola pancreática.

La arteria hepática común se localiza en el borde superior del istmo pancreático y se identifica mediante lazos vasculares. Su disección avanza hacia el tronco celíaco para encontrar el origen de la arteria esplénica que, igualmente se identifica mediante lazos (fig. 4). En este momento, para limitar las pérdidas sanguíneas, se puede ligar y seccionar la arteria esplénica (fig. 5).

El istmo pancreático se localiza, se separa del tronco portal en su cara posterior y se identifica mediante cintas (según la técnica descrita previamente para la duodenopancreatectomía céfalica).

Se puede realizar una ecografía pancreática peroperatoria para localizar pequeños tumores no palpables del páncreas corporocaudal, o para asegurarnos del carácter normal del páncreas cefaloistmico que se preservará.

Al final de estas maniobras es cuando se juzga si se puede realizar o no la exéresis.



**5** Ligadura y sección de la arteria esplénica en su origen.

### ***Movilización del bazo y de la cola de páncreas***

La liberación del bazo se continúa con la sección del sustentaculum lienis seguido de la disección cuidadosa de la convexidad esplénica del diafragma, permitiendo movilizar progresivamente el bloque esplenopancreático (fig. 6).



6 Liberación de la convexidad esplénica.

La disección de la cola y el cuerpo del páncreas, en relación con la pared posterior, es fácil y prácticamente exangüe después de la sección del peritoneo parietal posterior en el borde inferior del páncreas. La disección se lleva hasta el confluente esplenomesentérico. Durante el transcurso de esta maniobra, la vena mesentérica inferior puede aparecer cuando desemboca en la vena esplénica. Entonces se secciona (fig. 7).

#### Control de los vasos y sección del istmo

La arteria esplénica inicialmente localizada se liga y secciona en el borde superior del páncreas.

La vena esplénica se identifica en su unión con la vena mesentérica superior y se secciona después de una ligadura apretada.

La pieza sólo se sostiene por el istmo cuya sección se realiza con el bisturí frío después de la colocación de puntos de tracción (fig. 8). Esta sección se realizará preferentemente en «boca de tiburón» para facilitar el cierre de la sección. El conducto de Wirsung se identifica y se sutura electivamente mediante hilo de monofilamento no reabsorbible (fig. 9). La hemostasia de la superficie pancreática se asegura mediante puntos de hilo no reabsorbible 5/0.

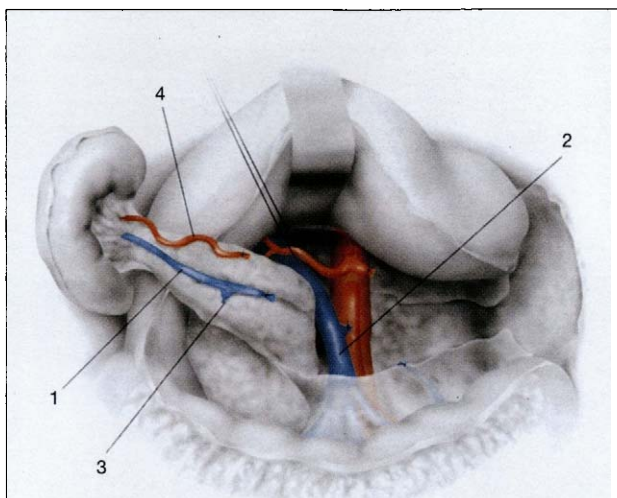
Antes de la ligadura del conducto de Wirsung, es obligatorio asegurarse de su drenaje hacia la extremidad cefálica. Esto puede ser determinado preoperatoriamente, por opacificación retrógrada del Wirsung, o bien en el peroperatorio, ya sea pasando un catéter por el conducto, o por la realización de una pancreatectomía peroperatoria.

Si persiste alguna duda en cuanto a la calidad del drenaje del conducto de Wirsung hacia la extremidad cefálica, la superficie de sección pancreática será anastomosada con un asa yeyunal montada en Y según Roux, ya sea terminoterminal o terminolateral (fig. 10), o bien en la cara posterior del estómago (fig. 11) [16]. Algunos equipos preconizan la inyección de neopreno o de cola biológica en el conducto de Wirsung para disminuir los riesgos de fistula pancreática postoperatoria [7].

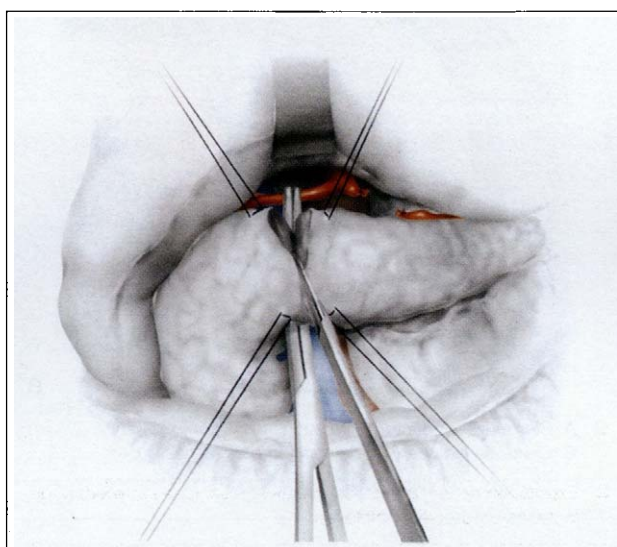
La sección pancreática se puede asegurar también mediante grapado con GIA o con TA, exponiéndose siempre a un riesgo importante de fistula pancreática [3, 12]. Nosotros no tenemos experiencia en esta técnica que nos parece que comporta un riesgo importante de fistula.

#### Hemostasia y drenaje

Hay que tener en cuenta una hemostasia cuidadosa, sobre todo a nivel de la celda de esplenectomía donde se debe



7 Movilización del bloque esplenopancreático. 1. Vena esplénica. 2. Vena mesentérica superior. 3. Vena mesentérica inferior. 4. Arteria esplénica.



8 Sección del páncreas después de colocación de puntos de referencia.

controlar toda su fusión con el fin de evitar la formación de una colección o incluso de un absceso subfrénico.

El drenaje se realiza mediante un tubo de silicona multi-perforado colocado en la proximidad de la superficie de sección pancreática.

Se puede realizar una epiploplastia juntando el epiplón sobre zona de sección pancreática.

#### Variante: sección primaria del istmo pancreático

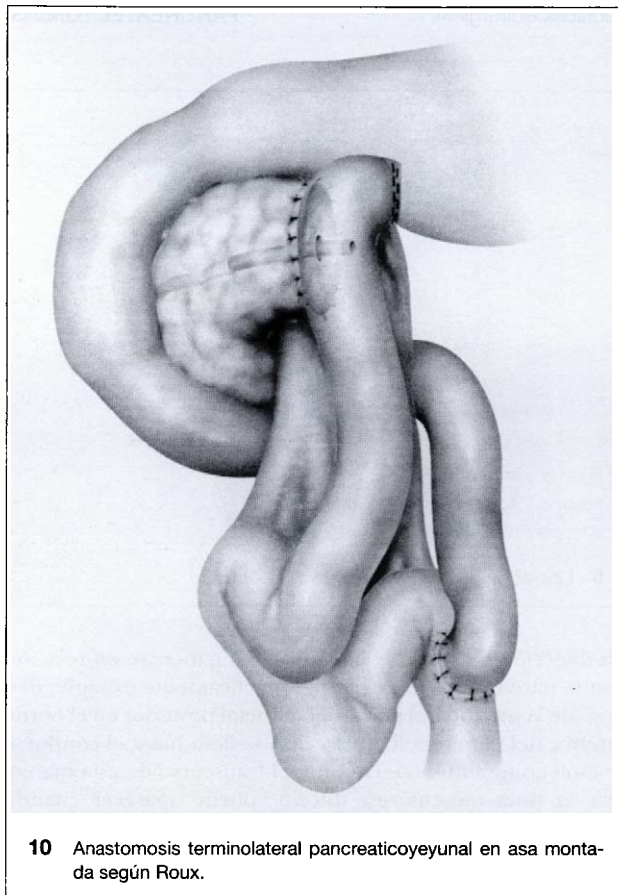
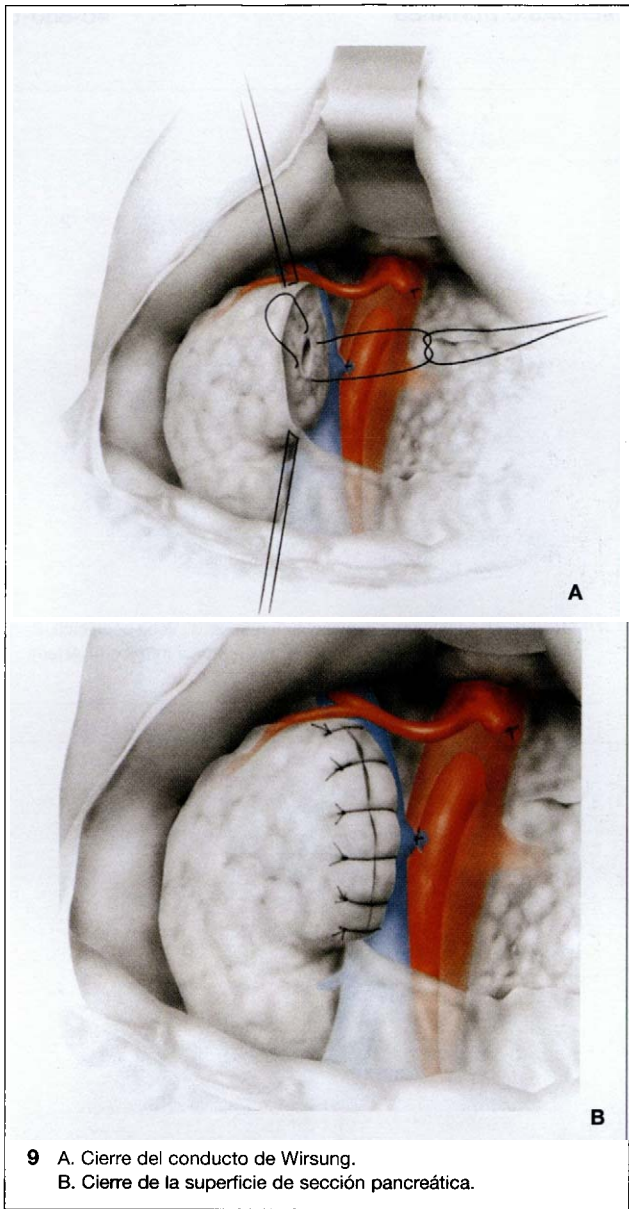
Después de la exposición de la glándula pancreática se puede realizar una sección primaria del istmo después de la ligadura de los vasos esplénicos, la movilización y la exéresis del páncreas se efectuarán entonces de derecha a izquierda.

Esta técnica presenta especial interés en caso de tumor muy distal con invasión locorregional (diafragma, riñón).

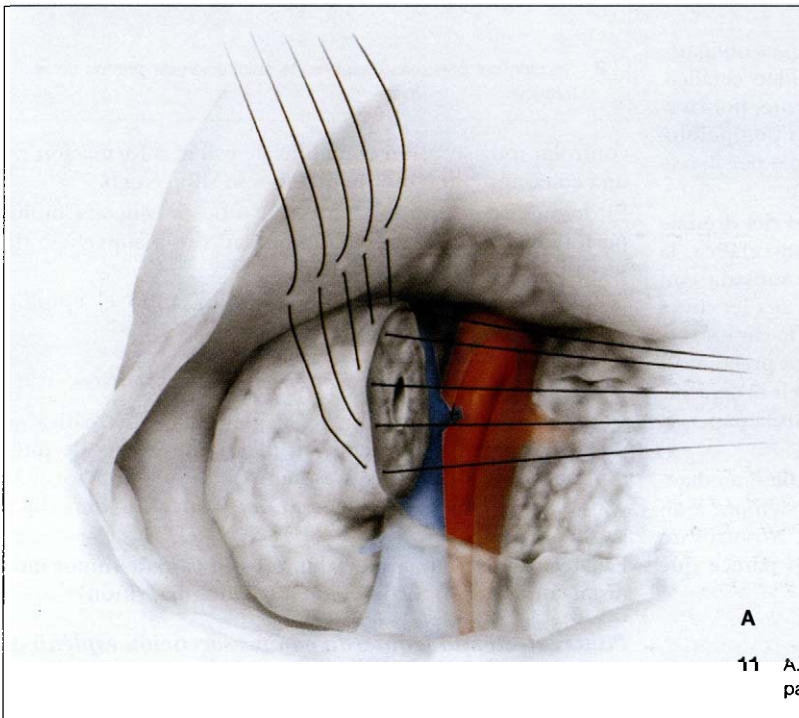
#### Pancreatectomía izquierda con preservación esplénica

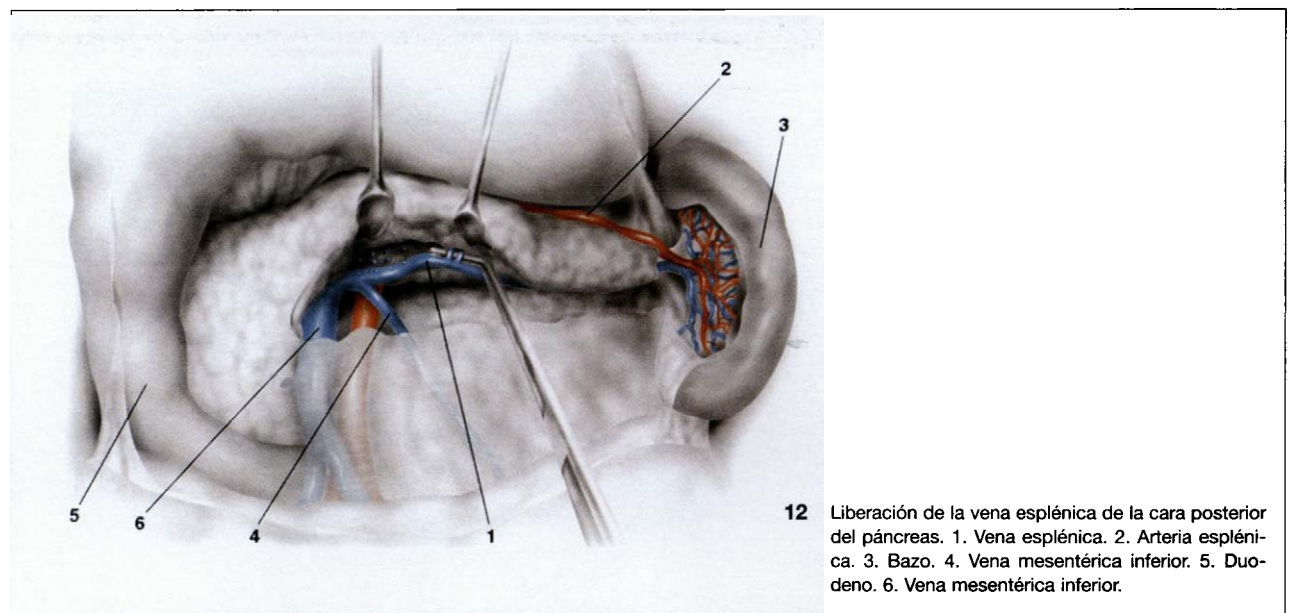
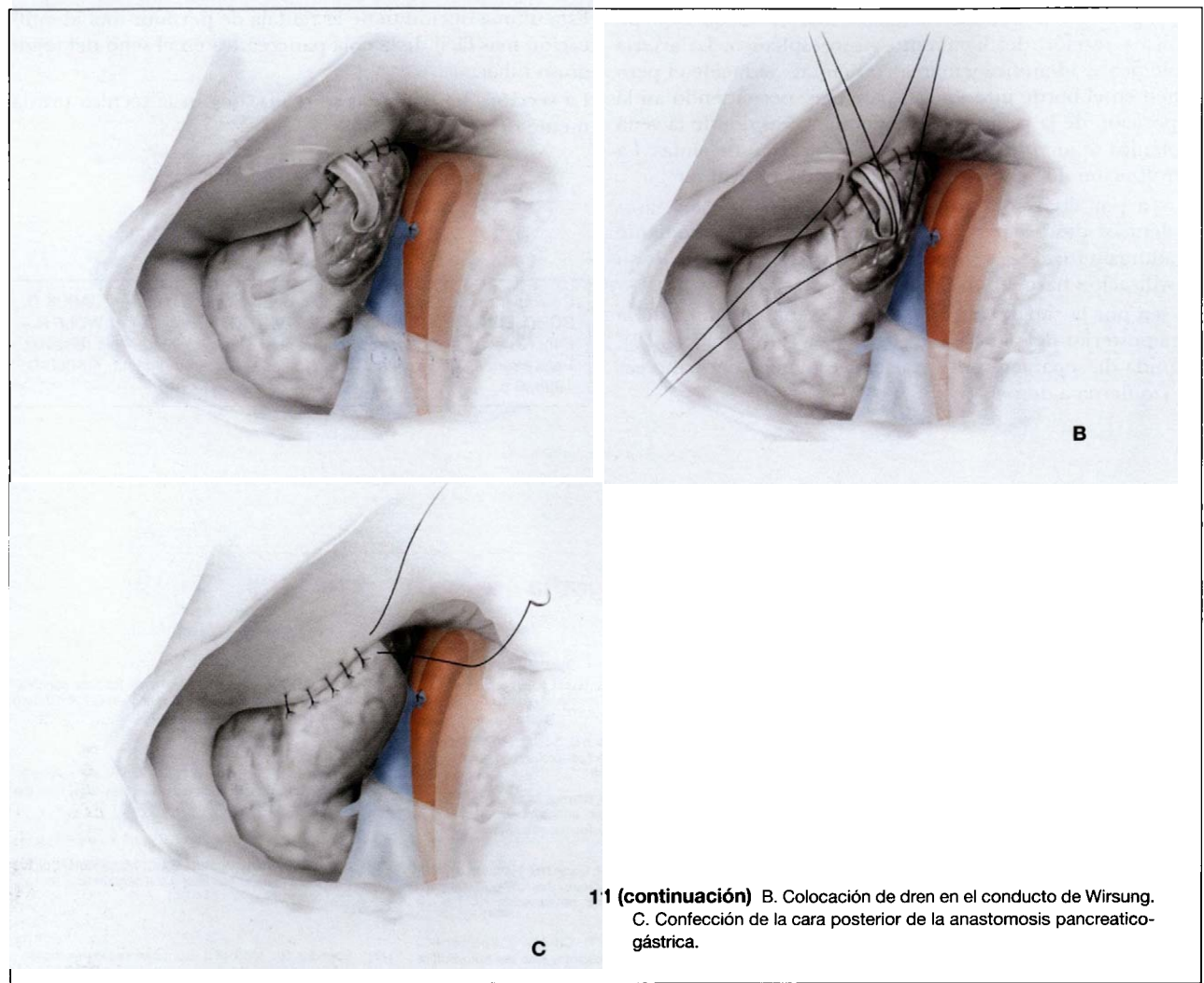
El interés de la preservación esplénica se ha demostrado ampliamente en lo que concierne a la prevención de infec-





ciones postoperatorias y la disminución del riesgo de trombosis venosas por trombocitosis [3, 8, 10]. Sin embargo, esta intervención es poco utilizada [1] aunque esté particularmente indicada en caso de traumatismo pancreático [8, 9, 11, 15], de lesiones benignas de cuerpo o de cola de páncreas, donde la enucleación de una lesión adyacente al conducto de Wirsung expone al riesgo de la formación de fístulas pancreáticas postoperatorias, y finalmente de lesiones localizadas de pancreatitis crónica. Hay dos técnicas quirúrgicas que permiten la conservación esplénica. La primera consiste en preservar





los vasos cortos del ligamento gastroesplénico así como la arcada gastroepiploica izquierda y sacrificar la arteria y la vena esplénicas [18]. La segunda consiste en preservar la arteria y la vena esplénicas [6]. Esta técnica es la que describimos a continuación.

### ***Pancreatectomía izquierda con conservación esplénica respetando los vasos esplénicos***

La vía de acceso es idéntica a la utilizada para la esplenectomía corporocaudal.

La exposición se obtiene mediante una disección coloepiploica y sección del ligamento gastroesplénico. La arteria esplénica se identifica y marca con cintas. Se incide el peritoneo en el borde inferior del páncreas, permitiendo así la exposición de la cara posterior del páncreas donde la vena esplénica se identifica mediante la colocación de cintas. La movilización de la cola del páncreas se puede realizar: Ya sea por disección progresiva y minuciosa de los vasos esplénicos desde la izquierda hacia la derecha mediante ligaduras reforzadas realizadas paso a paso, permitiendo su movilización hasta el nivel de sección elegido. Ya sea por la separación inicial de la vena esplénica de la cara posterior del páncreas de derecha a izquierda (fig. 12), seguida de separación de la arteria esplénica del páncreas de izquierda a derecha.

Esta última opción tiene la ventaja de permitir una identificación más fácil de la cola pancreática en el seno del tejido graso hiliar. La sección del páncreas se realiza según la técnica previamente descrita.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: JAECK D, BOUDJEMA K, BACHELLIER P, WEBER JC, ASENSIO T et WOLF P. – Pancréatectomies gauches ou distales. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-880-D, 1998, 6 p.

Bibliografía

[1] Aldridge MC, Williamson RC. Distal pancreatectomy with or without splenectomy. *Br J Surg* 1991 ; 78 : 976-979

[2] Fabre JM, Houry S, Manderscheid JC, Huguier M, Baumel H. Surgery for left-sided pancreatic cancer. *Br J Surg* 1996 ; 83 : 1065-1070

[3] Francke EL, Neu HC. Post splenectomy infection. *Surg Clin North Am* 1981 ; 61 : 135-155

[4] Geghort C. Left resection in chronic pancreatitis. In : Beger H, Büchler M, Mafertheiner P eds. Standards in pancreatic Surgery. Berlin : Springer-Verlag, 1993 : 392-395

[5] Kajiyama Y, Tsumaru M, Udagawa H, Tsutsumi K, Kinoshita Y, Akiyama H. Quick and simple distal pancreatectomy using the GIA stapler. Report of 35 cases. *Br J Surg* 1996 ; 83 : 1711

[6] 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 ; 120 : 885-890

[7] Konishi T, Hiraishi M, Kubota K, Bandai Y, Makuuchi M, Idezuki Y. Segmental occlusion of the pancreatic duct with prolamine to prevent fistula after distal pancreatectomy. *Ann Surg* 1995 ; 221 : 165-170

[8] Leonard AS, Gisbink GS, Baesl TJ. The overwhelming post splenectomy sepsis problem. *World J Surg* 1980 ; 4 : 423-432

[9] Mac Gahren ED, Magnuson D, Schaller MR, Tapper D. Management of transected pancreas children. *Aust NZ J Surg* 1995 ; 65 : 242-246

[10] Malengoni MA, Dillon LD, Klamer TW. Factors influencing the risk of early and late serious infections in adults after splenectomy for trauma. *Surgery* 1984 ; 96 : 775-782

[11] Patcher HL, Holstetter SR, Liang HG, Haballah J. Traumatic injuries to the pancreas: the role of distal pancreatectomy with splenic preservation. *J Trauma* 1989 ; 29 : 1352-1355

[12] Patcher HL, Pennington R, Chassin J, Spencer FC. Simplified distal pancreatectomy with the Auto-Suture stapler: preliminary clinical observations. *Surgery* 1979 ; 85 : 166-170

[13] Robey E, Mullen JT, Schwab CW. Blunt transection of the pancreas treated by distal pancreatectomy, splenic salvage and hyperalimentation. *Ann Surg* 1982 196 : 695-9.

[14] Sawyer R, Frey CF. Is there still a role for distal pancreatectomy in surgery for chronic pancreatitis? *Am J Surg* 1994 ; 168 : 6-9

[15] Schein M, Freinkel W, D'Egidio A. Splenic conservation in distal pancreatectomy injury: stay away from the hilum.[letter]. *J Trauma* 1991 ; 31 : 431

[16] Shankar S, Theis B, Russel RC. Management of the stump of the pancreas after distal pancreatic resection. *Br J Surg* 1990 ; 77 : 541-544

[17] Sheridan RL, Mitchell J. Blunt pancreatic transection : management by distal pancreatectomy with splenic salvage. *Injury* 1994 ; 25 : 677-678

[18] Warshaw AL. Conservation of the spleen with distal pancreatectomy. *Arch Surg* 1988 ; 123 : 550-553