CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):366

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-198 - PRESERVACIÓN DE ARTERIA HEPÁTICA INTRAPANCREÁTICA DURANTE PANCREATICODUODENECTOMÍA

Martín Martín, Ernesto; Sáez de Ugarte Sobrón, Jaione; Garcés Garmendia, Mikel; Martínez Rodríguez, Iñaki; Pérez López, Fátima; Rebollar Sáenz, José

Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Resumen

Introducción: El conocimiento de las diferentes variaciones anatómicas de la arteria hepática es crucial en el tratamiento quirúrgico de los tumores pancreáticos. Dichas variantes de la arteria hepática han sido comunicadas ampliamente en diferentes trabajos desde que Michels las clasificara en su primer artículo en 1966. Describimos un caso clínico de una de estas variantes y sus posibles repercusiones en el que la arteria hepática derecha originada de la arteria mesentérica superior no discurre por detrás sino a través del parénquima de la cabeza pancreática. Esta anomalía es muy infrecuente y está raramente descrita en la literatura médica.

Caso clínico: Varón de 62 años que ingresado de urgencias por ictericia sin clínica de dolor (Brb t 6,9) asociado a colestasis. Antecedentes de EPOC, diabetes mellitus tipo II y hernioplastia inguinal. Realizada eco abdominal y RM apreciándose marcada dilatación del conducto pancreático principal y de la vía biliar intra y extrahepática hasta su trayecto intrapancreático. Masa suprarrenal izquierda de 45 × 42 mm. Se completa estudio con CPRE diagnosticándose de adenocarcinoma ampular por biopsia de papila duodenal con colocación de prótesis biliar plástica. Se practica duodenopancreatectomía cefálica y adrenalectomía izquierda. En la disección se aprecia arteria hepática izquierda con origen en art. gástrica izquierda y arteria hepática derecha aberrante con origen en art. mesentérica superior. Esta arteria presenta un trayecto intrapancreático en su trayecto desde su origen en la arteria mesentérica superior. El trayecto intrapancreático de la arteria pudo ser fácilmente disecado del parénquima pancreático pudiendo preservarla en la resección. Informe anatomopatológico de Adenocarcinoma moderado-pobremente diferenciado (G2-G3) de colédoco distal (ampuloma) pT3 N1 (1/31) M0 estadio IIB. Tras valoración por Oncología actualmente se encuentra en tratamiento con gencitabina.

Discusión: El desconocimiento de las diferentes anomalías vasculares durante la resección pancreática puede originar una lesión de dichos vasos que cause una posterior necrosis hepática incluso la muerte. Por ello es vital el estudio y su conocimiento previo a la intervención mediante el TAC o la RM para poder planificar correctamente la cirugía evitando complicaciones. Se han comunicado muy pocos casos en la literatura como éste de una arteria hepática derecha aberrante con trayecto intrapancreático originada de la arteria mesentérica superior y como en la mayoría de ellos fue posible preservarla durante la pancreatoduodenectomía al existir un plano avascular rodeando esta arteria. La preservación de la arteria hepática aberrante intrapancreática es crucial y

su disección incluida en el parénquima pancreático es a veces dificultosa. Tanto la preservación como la reconstrucción es segura y fiable técnicamente aunque la preservación es obviamente preferible. En caso de resección al no existir arteria gastroduodenal hubiera sido imposible una revascularización simple. Revisando la literatura en caso de lesión o de resección al estar adyacente al tumor se contemplan dos alternativas: transposición de arteria esplénica y anastomosis arterial esplenohepática o interposición de injerto arterial o de una prótesis.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados