

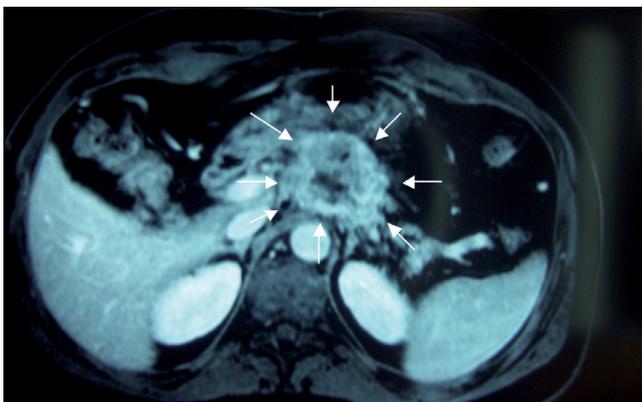
## Pancreatectomía distal con resección de tronco celíaco: una buena opción terapéutica para tumores de páncreas localmente avanzados

### Distal pancreatectomy with coeliac artery resection: a good therapeutic option for locally advanced pancreatic tumours

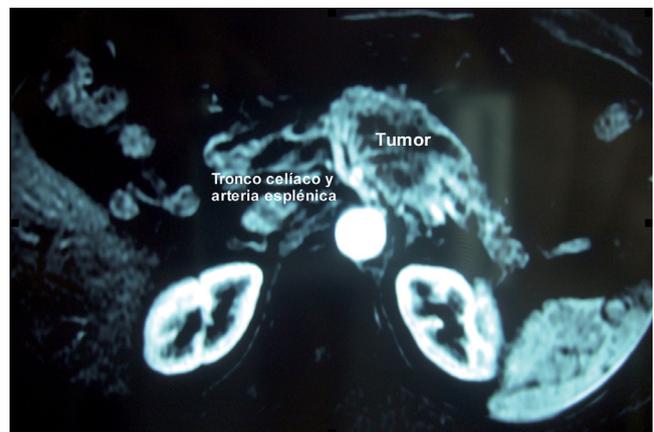
Varón de 43 años de edad sin antecedentes de interés que presenta epigastralgia y dispepsia de varios meses de evolución. La exploración es anodina y la analítica revela CEA de 7 ng/ml y CA 19.9, normal. Se le practica una gastroscopia y colonoscopia que son normales. Se le realiza una tomografía computarizada (TC) de abdomen que detecta una tumoración heterogénea preaórtica de cuerpo de páncreas de aspecto maligno (fig. 1). La ecoendoscopia y la resonancia magnética (RM) confirman estos hallazgos y apuntan que además la tumoración invade los vasos esplénicos y tronco celíaco, sin adenopatías. La punción aspirativa con aguja fina realizada mediante ecoendoscopia es compatible con tumor neuroendocrino (TNE). Se interviene mediante laparotomía subcostal bilateral; se efectúa pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía con resección del tronco celíaco, vena porta y cierre del cuello de la glándula con endograpadora. Se realiza reconstrucción vascular terminoterminal de la vena porta. La arteria hepática derecha procedía de la arteria mesentérica superior y no se realizó ninguna reconstrucción del tronco celíaco. Se comprueba tras la exéresis que el

hígado queda bien perfundido. El postoperatorio inmediato fue favorable con amilasas normales en el líquido de drenaje al quinto día postoperatorio, que fue retirado sin complicaciones. Se le practicó TC de control que mostró que el parénquima hepático derecho se perfundía adecuadamente y que el izquierdo presentaba un patrón heterogéneo con vena porta permeable. Posteriormente, el paciente presentó un retardo en el vaciamiento gástrico. La endoscopia de control demostró esofagogastritis isquémica que evolucionó favorablemente con omeprazol y nutrición enteral, y se le dio el alta al 15.º día postoperatorio. El metabolismo de glucosa-insulina no se alteró. La anatomía patológica confirmó que se trataba de un tumor neuroendocrino con márgenes de resección vasculares y pancreáticos no invadidos y 19 ganglios negativos para neoplasia en la pieza. En la actualidad, tras 18 meses de seguimiento se encuentra vivo, sin evidencia de enfermedad y con marcadores tumorales (cromogranina A) negativos.

Los tumores localmente avanzados del cuerpo pancreático muy frecuentemente invaden el tronco celíaco, el plexo ner-



**Fig. 1** – Resonancia magnética que muestra tumoración heterogénea en cuello del páncreas delante de la aorta con invasión del tronco celíaco.



**Fig. 2** – Resonancia magnética que muestra invasión de la arteria esplénica y el tronco celíaco por el tumor.

vioso que rodea estos vasos y, en ocasiones, las venas porta, esplénica y mesentérica. Aunque se han publicados buenos resultados con la resección venosa mesentérica y portal, la invasión del tronco celíaco se ha considerado tradicionalmente una contraindicación operatoria. Hirano et al<sup>1</sup> han publicado la resección radical del páncreas con resección del tronco celíaco sin reconstrucción<sup>2</sup>. Para favorecer la vascularización hepática y evitar las complicaciones isquémicas estos autores embolizan la arteria hepática común preoperatoriamente de modo que se hipertrofia la vascularización procedente de la arteria mesentérica superior a través de la arteria gastroduodenal. En nuestro caso, la variación anatómica de la arteria hepática derecha, procedente de la arteria mesentérica superior, desestimó la necesidad de realizar la embolización arterial. No obstante, los segmentos II-III sufrieron una atrofia, a pesar de mantener un flujo portal adecuado (fig. 2). La gastritis isquémica es otra complicación de esta técnica, pero que se soluciona espontáneamente con la vascularización procedente de la arteria gástrica derecha vía arteria gastroduodenal y mesentérica. Sorprendentemente, no se han publicado problemas de diarrea intratable con la resección del tronco celíaco y nuestro paciente mantiene un índice de masa corporal de 24. Por el contrario, se han descrito diarreas incontrolables, desnutrición y trastornos del apetito tras duodenopancreatectomías con resección nerviosa del plexo que rodea la arteria mesentérica superior<sup>3</sup>.

La pancreatectomía distal radical con resección del tronco celíaco para tumores pancreáticos localmente avanzados es un técnica factible y segura, que potencialmente puede conseguir control oncológico y ofrece la posibilidad de una buena calidad de vida con un control óptimo del dolor abdominal que presentan estos pacientes<sup>1,4</sup>. No obstante, para minimizar las secuelas isquémicas postoperatorias en el hígado y el

estómago es aconsejable efectuar una embolización preoperatoria de la arteria hepática común.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Hirano S, Kondo S, Hara T, Ambo Y, Tanaka E, Shichinohe T, et al. Distal pancreatectomy with en bloc celiac axis resection for locally advanced pancreatic body cancer. Long-term results. *Ann Surg.* 2007;246:46-51.
2. Kondo S, Katoh H, Hirano S, Ambo Y, Tanaka E, Okushiba S, et al. Results of radical distal pancreatectomy with en bloc resection of the celiac artery for locally advanced cancer of the pancreatic body. *Langenbeck Arch Surg.* 2003;338:101-6.
3. Nagakawa T, Ueno K, Ohta T, Kayahara M, Yagi M, Sanada H, et al. Evaluation of long-term survivors after pancreatoduodenectomy for pancreatoduodenal carcinoma. *Hepatogastroenterology.* 1995;42:117-22.
4. Kondo S, Katoh H, Omi M, Hirano S, Ambo Y, Tanaka E, et al. Radical distal pancreatectomy with en bloc resection of the celiac artery, plexus, and ganglions for advanced cancer of the pancreatic body: a preliminary report on perfect pain relief. *JOP.* 2001;2:93-7.

Joan Figueras<sup>a,\*</sup>, Antonia Brox-Jiménez<sup>b</sup>, Santiago López-Ben<sup>a</sup>, M. Teresa Albiol<sup>a</sup> y Laia Falgueras<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Hospital de Girona Dr. Josep Trueta, Girona, España

<sup>b</sup>Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: info@jfigueras.net (J. Figueras).

Recibido el 3 de marzo de 2008 y aceptado el 10 de marzo de 2008.