



www.elsevier.es/cirugia

P-081 - ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

M.A. Ramírez Rodríguez, G. Martín, R. Riera, J. Rodríguez Pino, Ó. Merino Mairal, P. Lozano Villardel, F. González Argenté y C. Corominas Roura

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: La isquemia mesentérica crónica (IMC) es una patología infrecuente cuya principal causa es la aterosclerosis. Las lesiones iatrogénicas de grandes vasos digestivos durante cirugía abdominal son infrecuentes y suelen acompañarse de complicaciones inmediatas en forma de isquemia mesentérica aguda (IMA) por el escaso desarrollo de colaterales. Presentamos un caso de IMC tras duodenopancreatectomíacefálica (DPC).

Caso clínico: Mujer de 47 años con antecedentes de tabaquismo y DPC por neoplasia neuroendocrina. Tras el primer año postoperatorio inicia dolor abdominal posprandial y disminución de peso. Se realiza angioresonancia que evidencia ausencia del origen de la AMS con hipertrofia de ramas cólica derecha e ileocólica. Ante el diagnóstico de IMC secundaria a probable lesión vascular inadvertida durante la realización de la DPC, se realiza bypass aorto-mesentérico retrogrado con prótesis de PTFE de 6 mm. Persistencia de la clínica de dolor postprandial tras reiniciar la tolerancia oral. Se realiza tomografía computarizada (TC) que objetiva oclusión del bypass sin compromiso intestinal y con circulación colateral permeable. Se reinterviene practicándose bypass en posición anterógrada en el cual hay nueva trombosis. Dado que presenta clínica de dolor únicamente postprandial, se decide instauración de nutrición parenteral con introducción progresiva domiciliaria de alimentación enteral con leve evolución progresiva a la mejoría. La resección vascular asociada a DPC en cirugías de cáncer de páncreas puede estar justificada en algunos casos para conseguir cirugías R0. De manera prevista la mortalidad y morbilidad postoperatoria no se ve comprometida. La clínica inmediata se traduce en isquemia aguda intestinal pero lesiones con manifestación tardía podrían comportarse con clínica de IMC, con dolor abdominal posprandial. El diagnóstico es clínico y se confirma con angioresonancia, arteriografía o ecodoppler. El tratamiento es la revascularización mesentérica ya que el manejo conservador de entrada no ha demostrado efectividad y puede prolongar el grado de desnutrición y el riesgo de infarto intestinal. La técnica más empleada es el bypass con material autólogo o protésico. La disposición del injerto puede ser anterógrada (desde la aorta supracelíaca) o más frecuentemente retrógrada (desde la aorta infrarrenal) por su mejor accesibilidad. La elección depende de las características del paciente (intervenciones previas). El tratamiento endovascular está reservado si existe una estenosis u oclusión, sin embargo en este caso se sospechó ligadura iatrogénica del origen de la AMS por lo que no se realizó. La tasa de trombosis tras realización de injerto es alrededor del 2,2%. La presencia de circulación colateral desarrollada podría prevenir la aparición de IMA en caso de oclusión del bypass.

Discusión: La IMC no se ha descrito como complicación de una DPC. La lesión aguda se suele identificar y solucionar con revascularización precoz. La clínica tardía en este caso podría traducirse como compensación

del resto vasos mesentéricos ya que la paciente no desarrolló clínica aguda. Entre los factores que influyen en el fallo del injerto están el conducto, el flujo de entrada y salida; y la técnica.