



O-115 - ¿TIENEN PEOR RESULTADO LAS DUODENOPANCREATECTOMÍAS CEFÁLICAS EN PRESENCIA DE ANOMALÍAS ARTERIALES HEPÁTICAS?

M. Rubio Manzanares Dorado, L.M. Marín Gómez, D. Aparicio Sánchez, J. Tinoco Sánchez, J. Reguera Rosal, J. Serrano Díaz Canedo, G. Suárez Artacho, C. Bernal Bellido, J.M. Álamo Martínez, M.A. Gómez Bravo y J. Padillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las variantes anatómicas de la arteria hepática pueden tener importantes implicaciones en la cirugía oncológica del páncreas. El conocimiento anatómico de las mismas puede ser fundamental a la hora de realizar una cirugía curativa en los pacientes sometidos a una duodenopancreatectomía cefálica (DPC). El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia de estas variantes en nuestra área, así como comparar las implicaciones quirúrgicas y la supervivencia media en contraposición con los pacientes con una anatomía usual.

Métodos: Estudio descriptivo e inferencial, que analiza de forma retrospectiva 169 pacientes con patología tumoral periampular desde enero del 2005 hasta febrero de 2012. Incluimos ampulomas, adenocarcinomas de páncreas o de duodeno, colangiocarcinomas distales y tumores neuroendocrinos. Las variables estudiadas fueron: género, edad, ASA, estudios radiológicos, tiempo quirúrgico, concentrados de hematíes transfundidos intraoperatoriamente, presencia de variante arterial, momento de la detección de la variante, estancia hospitalaria, complicaciones, mortalidad, supervivencia y los márgenes de resección tumoral. Diferenciamos entre 2 grupos: Grupo A (Variante de la arteria hepática presente) y Grupo B (No evidencia de variante de la arteria hepática). Hemos expresado los resultados como la media ± desviación estándar para las variables continuas y porcentajes para las cualitativas. Todos los tests estadísticos fueron considerados significativos si la $p < 0,05$.

Resultados: De los 169 pacientes estudiados, 151 fueron sometidos a una DPC. En este grupo, se detectaron 11 con anomalías arteriales de la arteria hepática (7,3%). La variante más frecuentemente fue la arteria hepática derecha (AHD) aberrante ($n = 7$), seguida de AHD accesoria ($n = 2$) y tronco de la arteria hepática común procedente de la arteria mesentérica superior ($n = 2$). En el 73% de los casos la detección de la variante arterial fue intraoperatoria. En un caso fue necesaria la sección y reconstrucción arterial para llevar a cabo la DPC. En todos los pacientes se realizó una resección R0. Hubo un único exitus en el postoperatorio inmediato por trombosis mesentérica, que pertenecía al grupo B. La duración media de la intervención fue en el Grupo A: 321 ± 70 min vs Grupo B: 324 ± 69 min, $p = NS$. La media de concentrados de hematíes transfundidos intraoperatoriamente en el Grupo A: $0,44 \pm 0,9$ vs Grupo B: $0,68 \pm 1,3$, $p = NS$. La estancia media hospitalaria postquirúrgica fue Grupo A: $13,8 \pm 3,8$ días vs Grupo B: $21,8 \pm 16,2$ días, $p < 0,005$. No se han apreciado diferencias significativas en los márgenes de resección tumoral, complicaciones, ni en la supervivencia.

Conclusiones: La cirugía oncológica de la región cefalopancreática en presencia de una variante de la AHD es factible. Sin embargo, el diagnóstico de la variable anatómica se hace mayoritariamente durante la cirugía. La complejidad que supone tener una variante anatómica de la arteria hepática no se corresponde con diferencias significativas en cuanto a los márgenes de resección tumoral, complicaciones o supervivencia.