



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-277 - ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN ARTERIAL HEPÁTICA ANTE UNA DUODENOPANCREATECTOMÍA

J.L. Bertelli Puche, D. Padilla Valverde, P. Villarejo Campos, J. Villanueva, A. Jara Sánchez, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, E. García Santos, F.J. Ruescas García, C.M. Flota Ruiz y J. Martín Fernández

Hospital General, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: El sistema hepático arterial presenta variaciones anatómicas en hasta un 45%. La identificación perioperatoria evitará morbilidad adicional a la realización de una duodenopancreatectomía. Identificar estas anomalías permitirá evitar una lesión inadvertida que ocasionaría severo compromiso vascular y/o hemorragias perioperatorias.

Objetivos: Análisis descriptivo de las variantes anatómicas de vasos arteriales hepáticos identificados en nuestro Servicio mediante estudio radiológico preoperatorio, TC multicorte con reconstrucción tridimensional, MIP, y acceso inicial retroperitoneal a arteria mesentérica superior.

Métodos: Estudio retrospectivo de 85 enfermos intervenidos quirúrgicamente desde finales 2009 a abril 2012 con patología pancreática y peripancreática para la realización de DPC con acceso inicial a la arteria mesentérica superior e intención curativa. Variables estudiadas: 1. Anomalías de arteria hepática radiológicas: Diagnóstico y estadificación mediante el tomógrafo multicorte, Brilliance CT Philips, con cortes topográficos de hasta 0,9 mm de grosor, con fase arterial y portal según protocolo. Reconstrucción tridimensional en estación de trabajo, MIP. 2. Clasificación de anomalías anatómicas de la arteria hepática según Michels y Hiatt. 3. Procedimiento quirúrgico: acceso inicial a arteria mesentérica superior.

Resultados y conclusiones: La población estudiada presentó edad media de 64 ± 12 (37-85), siendo mujeres en un 50,6%. En un 57,6% (49), el diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue de adenocarcinoma. Descubrimos variantes anatómicas en hasta un 39%. Arteria hepática izquierda (AHI) con origen en arteria gástrica izquierda (AGI), sustitutiva. Arteria hepática derecha (AHD) desde arteria mesentérica superior, (AMS) sustitutiva. AHI (AGI) sustitutiva + AHD (AMS) sustitutiva. AHI (AGI) accesoria. AHD (AMS). AHI (AGI) accesoria + AHD (AMS) accesoria. AHC (AMS). AHC (aorta). AHD (tronco celiaco) + 2AHI + AGD (tronco celiaco). AHC + AHI (AGI). La variación más frecuente, coincidiendo con la literatura, 11-21%, fue la aparición de arteria hepática derecha sustitutiva con origen en arteria mesentérica superior (6/7,1%). Su recorrido en todos los casos fue retropancreático, retroportal con entrada a ligamento hepatoduodenal posterolateral a la vía biliar, tipo 1. También puede tener un recorrido a través de la cabeza pancreática, tipo 2, o entre esta y vena porta, tipo 3. Su identificación perioperatoria evitará daños como hemorragia intra o postoperatoria y fenómenos de isquemia, con riesgo de complicación en anastomosis bilioentérica. La presencia de un tronco hepático común con origen en AMS, tipo según Michels 0,4-4,5%, ocurrió en un 5,9% (n = 5). En un enfermo el recorrido fue intraparenquimatoso (tipo II). Equipos multidisciplinares que unifiquen y exijan criterios de búsqueda y hallazgos radiológicos protocolizados con

estos fines, en enfermos susceptibles de realizar una duodenopancreatectomía cefálica, permitirá conseguir una información y estadificación preoperatoria adecuada.