



P-190 - DESCRIPCIÓN DE ANOMALÍAS DE LA VASCULARIZACIÓN ARTERIAL HEPÁTICA IDENTIFICADAS EN NUESTRO CENTRO MEDIANTE ESTUDIO RADIOLÓGICO Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN UN PERÍODO DE 4 AÑOS

Bertelli, José Luis; Padilla, David; Villarejo, Pedro; Villanueva, José; Sánchez, Susana; Alberca, Ana; Núñez, Paloma; Martín, Jesús

Hospital General de Ciudad Real, 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 duodenopancreatetectomía. 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 el 1 de enero de 2011 al 1 de enero de 2015 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 tomográficos 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 anatomo-patológico más frecuente fue de adenocarcinoma. Descubrimos variantes anatómicas en hasta un 39% de los casos. 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 ésta 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 bilio-entérica. 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 duodenopancreatetectomía cefálica, permitirá conseguir una información y estadificación preoperatoria adecuada.