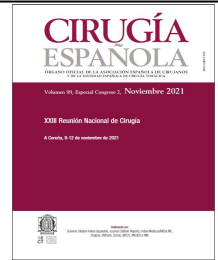




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-283 - VARIANTES ANATÓMICAS DE LA ARTERIA HEPÁTICA DURANTE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: UNA LLAMADA A LA CAUTELA

Rubio García, Juan Jesús; Velilla Vico, David; Rodríguez Laiz, Gonzalo Patricio; Alcázar López, Cándido; Melgar Requena, Paola; Villodre Tudela, Celia; Sevilla Micó, Silvia; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

### Resumen

**Introducción:** Durante la duodenopancreatectomía cefálica (DPC), debemos ser cautos para evitar el daño sobre la irrigación arterial hepática en aquellas situaciones en las que la misma procede de la arteria mesentérica superior (AMS) o de la aorta en su trayecto posterior a la cabeza pancreática. En las series publicadas, se describe este tipo de variantes en hasta un 16-25% de los pacientes que se someten a este tipo de intervención, relacionándose con una mayor complejidad quirúrgica, márgenes de resección positivos, mayor tasa de complicaciones posoperatorias y una menor supervivencia.

**Métodos:** El objetivo principal de este estudio es determinar la incidencia de estas variaciones arteriales en los pacientes sometidos a DPC y los resultados clínicos asociados. Se trata de un estudio retrospectivo, que incluye a todos los pacientes sometidos a DPC de forma consecutiva en el periodo de tiempo comprendido entre el día 1 de enero de 2014 y el día 31 de diciembre de 2020. Se consideraron como variaciones arteriales durante la DPC: Arteria hepática derecha/izquierda accesoria/reemplazada procedente de la AMS, arteria hepática derecha/izquierda accesoria/reemplazada procedente de la arteria gástrica izquierda, tronco hepatomesentérico o cualquier arteria procedente de la aorta que discurre por detrás del páncreas. De forma sistemática y preoperatoria se evaluó la tomografía computarizada (TC) en busca de estas variantes anatómicas y se confirmaron de forma intraoperatoria. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, TNM, complicaciones posoperatorias (Clavien-Dindo), complicaciones mayores (si > IIIa) y por último, la duración de la estancia hospitalaria.

**Resultados:** Se recogieron y analizaron un total de 102 procedimientos. Los pacientes incluidos presentaron una edad media de  $62 \pm 12$  años, un 64,7% fueron hombres. 74 pacientes (72,5%) fueron diagnosticados neoplasia periampular, 12 de ellos (11,8%) de pancreatitis crónica, 8 de ellos (7,8%) de tumor neuroendocrino y 5 de ellos (4,9%) de neoplasia mucinosa intraductal del páncreas. En cuanto a la clasificación TNM, ocho pacientes se clasificaron como T1N0M0, uno T1N1M0, once T2N0M0, once T2N1M0, siete T2N2M0, doce T3N0M0, veintiocho T3N1M0, uno T3N1M1, dos T3N2M0 y uno T4bN3bM0. 31 de los pacientes (30%) presentaron complicaciones mayores. No se registraron lesiones intraoperatorias vasculares sobre variaciones arteriales. La estancia hospitalaria media fue de  $13,8 \pm 14$  días (promedio intercuartil 8,5 (6-15)). En 21 pacientes (20,6%) se identificaron variaciones arteriales: Dos arterias hepáticas derechas accesorias procedentes de la AMS, ocho arterias hepáticas derechas reemplazadas procedentes de la AMS, cinco arterias hepáticas izquierdas accesorias procedentes de la arteria gástrica, una arteria hepática izquierda reemplazada por la arteria gástrica, dos arterias hepáticas derechas accesorias procedentes del tronco celíaco y tres troncos hepatomesentéricos. No se encontraron diferencias

estadísticamente significativas comparando cualquier variable entre el grupo de pacientes con variantes arteriales y el grupo de pacientes sin variaciones anatómicas.

**Conclusiones:** Todos los cirujanos pancreáticos debemos llevar a cabo una revisión exhaustiva preoperatoria en TC de la posible presencia de variaciones anatómicas y planear la intervención con el fin de evitar errores en la interpretación de la anatomía arterial que pueda causar daños en estas estructuras.