CIR ESP. 2025;103(S2):S480

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

VC-051 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN TUMOR BORDERLINE CON ABORDAJE "ARTERY FIRST"

Guerrero Antolino, Pablo; Montalvá Orón, Eva; Álvarez Sáez, Arantxa; Gutiérrez Sánchez, Carmen; Serrano Molina, Alba; Boscá Robledo, Andrea; Hernando Sanz, Ana; López Andújar, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El manejo del adenocarcinoma pancreático requiere de un abordaje multidisciplinar en el que la combinación de terapias sistémicas y una cirugía adecuada permite mejorar la supervivencia a medio y largo plazo. Hasta el 70% de estos tumores se originan en la cabeza pancreática y no es infrecuente que se identifique la presencia de diseminación tumoral a distancia en el momento del diagnóstico. Además, un alto porcentaje de estos pacientes presentarán tumores localmente avanzados y, en muchas ocasiones, irresecables. Por lo tanto, llevar a cabo un diagnóstico precoz resulta fundamental para poder ofrecer el mejor tratamiento, siendo la resección quirúrgica el único tratamiento potencialmente curativo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 54 años, diagnosticado de un adenocarcinoma de cabeza de páncreas borderline, con contacto < 180º con la AMS, así como afectación > 180º con la VMS. Se presentó el caso en comité multidisciplinar, decidiéndose tratamiento con QTRT neoadyuvante y revaloración posterior. Dada la adecuada respuesta de la a la neoadyuvancia, se decidió llevar a cabo el rescate quirúrgico mediante duodenopancreatectomía cefálica, planificando previamente la cirugía gracias a la ayuda de la tecnología 3D. La peculiaridad de este caso consiste en el abordaje inicial de la arteria mesentérica superior (AMS), con el objetivo de descartar la irresecabilidad tumoral en caso de invasión de la misma. Por otro lado, se confirmó en este momento la presencia de una arteria hepática derecha con origen en la AMS como variante de la normalidad, como ya se había identificado en el estudio de imagen preoperatorio. Por otro lado, y una vez avanzada la disección tumoral, se identificó el área de invasión tumoral a nivel de la vena mesentérica superior (VMS), inmediatamente inferior a la desembocadura de la vena esplénica. Debido a ello, fue necesaria la sección del segmento de vena afecto, y la reparación directa de la misma, ya que al seccionarse un segmento menor a 6 cm, no fue preciso un injerto venoso.

Discusión: Ciertos estudios parecen indicar una mejoría en los resultados oncológicos con la utilización del abordaje inicial de la AMS. Algunos de los motivos relacionados con ello son las mayores tasas de resecciones R0 utilizando esta técnica, el mayor número de ganglios extirpados así como a la ligadura de la aferencia vascular previa a la manipulación del tumor. No obstante, es escasa la evidencia publicada y son necesarios estudios de mayor calidad, aleatorizados y con seguimiento a largo plazo. Por otro lado, este tipo de abordaje ofrece ciertas ventajas, como el diagnóstico precoz de irresecabilidad en caso de infiltración de la AMS o del tronco celíaco, la

identificación y preservación de variantes arteriales hepáticas, así como la mejor exposición del eje mesentérico-portal, lo cual facilitará la resección venosa en caso de que sea precisa.

0009-739X © 2025 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados