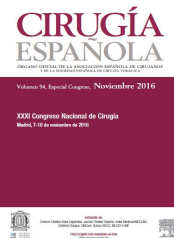




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-108 - INFLUENCIA DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS DEL TRONCO CELÍACO EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Muñoz de Nova, José Luis; Martín Pérez, Elena; di Martino, Marcello; Marín Campos, Cristina; Mora Guzmán, Ismael; de la Hoz Rodríguez, Ángela; García Sanz, Íñigo; Martín Álvarez, José Luis

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la influencia de las variantes anatómicas del tronco celíaco en la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) tras la instauración de un protocolo de reconocimiento preoperatorio de las mismas.

Métodos: Estudio observacional sobre una base de datos, mantenida de forma prospectiva, de una cohorte de pacientes sometidos a DPC entre los años 2007-2012. Se instauró un protocolo de reconocimiento arterial basado en los hallazgos de la tomografía computarizada multicorte (TCMC) preoperatoria. Se analizaron variables demográficas-preoperatorias, quirúrgicas, postoperatorias y del seguimiento, comparando los grupos con anatomía normal (AN) y anómala (AA).

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes, 58,7% varones, con una edad media de $66,0 \pm 12,2$ años. Mediante el estudio de las imágenes de la fase arterial de la TCMC, se observó que el 47,6% de los pacientes presentaron variantes anatómicas, siendo la más frecuente la existencia de una arteria hepática derecha reemplazada con origen en la arteria mesentérica superior (12,7%). El 19% de los pacientes intervenidos precisó asociar una resección vascular a la DPC, en todos los casos del eje venoso espleno-mesentérico-portal. En un paciente, además de la resección venosa, se realizó resección de una arteria hepática derecha accesoria con origen en la arteria mesentérica superior. En ningún caso los hallazgos intraoperatorios contradijeron la anatomía vascular identificada en la TCMC preoperatoria. No existieron diferencias en cuanto al tiempo quirúrgico (AN $439,5 \pm 82,0$ vs AA $404,3 \pm 84,9$ min; $p = 0,100$), ni el sangrado intraoperatorio ($401,7 \pm 309,5$ vs $480,4 \pm 272,1$ ml; $p = 0,388$). Tampoco existieron diferencias en la incidencia de fístula pancreática (33,3% vs 53,3%; $p = 0,109$), ni biliar (6,1% vs 10%; $p = 0,662$). En los pacientes intervenidos por patología maligna, se resecó un menor número de ganglios linfáticos en los pacientes con una anatomía anómala ($16,3 \pm 7,9$ vs $11,5 \pm 6,9$ ganglios; $p = 0,023$), sin que existiesen diferencias en cuanto a los ganglios afectos (1,8 vs 1 ganglios; $p = 0,166$), ni a la ratio positivos/totales (0,1 vs 0,06; $p = 0,213$). Tampoco existieron diferencias en la tasa de resecciones R1 (23,3% vs 23,1%; $p = 0,641$). Al valorar únicamente a los pacientes con adenocarcinoma ductal infiltrante de cabeza pancreática, no se encontraron diferencias en la supervivencia libre de enfermedad media (29,2 vs 11,9 meses; $p = 0,217$), ni en la supervivencia global media (34,0 vs 17,9 meses; $p = 0,288$).

Conclusiones: Actualmente, la TCMC trifásica con contraste intravenoso constituye el gold estándar en la valoración de la anatomía vascular peripancreática, con una tasa de correlación con los hallazgos intraoperatorios virtualmente del 100%. El estudio preoperatorio de las variantes anatómicas del tronco

celíaco es fundamental de forma previa a una cirugía pancreática. De esta forma, el conocimiento exacto de estas variantes permite atenuar su influencia en la cirugía hasta parámetros similares a los de los pacientes con una anatomía normal. No obstante, la existencia de estas variantes parece influir en el número total de ganglios resecados, pero esta influencia no se transfiere a los ganglios afectados resecados ni a la supervivencia libre de enfermedad ni a la global.