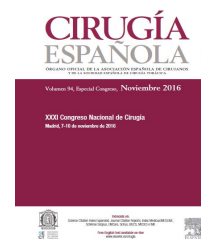




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-239 - MANEJO DEL SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO EN PACIENTE SOMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR TUMOR NEUROENDOCRINO PERIAMPULAR

Triguero Cabrera, Jennifer; Becerra Massare, Antonio; Fernández Segovia, Elena; Navarro Sánchez, Daniel; Villegas Herrera, Trinidad; Muffak Granero, Karim; Fundora Suárez, Yiliam; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La realización de una duodenopancreatectomía cefálica (DPC) requiere la ligadura de la arteria gastroduodenal (AGD) y de las ramas pancreaticoduodenales, como paso previo a la exéresis. En caso de estenosis del tronco celíaco (TC) por ateromatosis o “síndrome del ligamento arcuato” (SLA), el flujo arterial hepático se suple por el procedente de la arteria mesentérica superior (AMS) a través de la AGD. Presentamos el caso de un paciente sometido a DPC por tumor neuroendocrino periampular, con hallazgo intraoperatorio de estenosis del TC por SLA, realizada con preservación de AGD y arcadas pancreaticoduodenal anterior y posterior.

Caso clínico: Varón de 73 años, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión, y colecistectomizado tras episodio de coledocolitiasis. Consultó por molestias abdominales inespecíficas, coluria e ictericia cutáneo-mucosa. El estudio analítico reveló cifras de bilirrubina de 12 mg/dL a expensas de bilirrubina directa y aumento de enzimas de colestasis y citolisis. La tomografía computarizada (TC) mostró dilatación de vía biliar intra y extrahepática (10 mm) y del conducto de Wirsung (4,5 mm), que persistía hasta colédoco distal, desapareciendo abruptamente en su porción distal sobre lesión de 1,5 cm en área periampular. La ecoendoscopia visualizó desde bulbo duodenal, una masa excrecente periampular de 15-18 mm de diámetro que no infiltra la cabeza pancreática. La biopsia demostró infiltración por carcinoma con cromogranina y sinaptofisina positivas. En el octreoscan no se apreciaron focos de captación. Se planteó la realización de ampulectomía, con cambio de la técnica quirúrgica tras hallazgo intraoperatorio de infiltración del límite de la cabeza pancreática confirmado por biopsia, optando por realizar una DPC. Durante la cirugía, la oclusión temporal de la AGD resultó en pérdida completa del pulso en la arteria hepática. Se halló una AGD y una arcada pancreaticoduodenal anterior y posterior de calibre muy aumentado. Se disecó la AGD así como el trayecto de la arcada pancreaticoduodenal anterior y posterior, con ligadura individual de cada una de las ramas pancreáticas y duodenales. La preservación vascular fue completa en todo su recorrido sin necesidad de reconstrucción, ya que los vasos distaban con márgenes suficientes del tumor. La cirugía, a pesar de la dificultad técnica añadida, transcurrió sin complicaciones. Al 10º día postoperatorio debutó con una estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, que se trató exitosamente mediante dilatación endoscópica, recibiendo el alta hospitalaria. El examen anatomopatológico reveló un carcinoma neuroendocrino de células grandes, pobremente diferenciado, de 1,7 cm de diámetro, que infiltraba microscópicamente pared muscular duodenal y

parénquima pancreático, con márgenes quirúrgicos libres. 2 de los 12 ganglios aislados resultaron infiltrados (T3N1).

Discusión: La estenosis del TC por SLA es un hallazgo muy poco frecuente durante una DPC. La realización de pruebas de imagen con visualización del árbol vascular no siempre permite su diagnóstico preoperatorio. Las opciones terapéuticas ante su hallazgo intraoperatorio incluyen, desde colocación de stent endovasculares o sección del ligamento arcuato, hasta reconstrucciones vasculares con injertos, y solo en raros casos es posible resolver la situación mediante la preservación de la AGD y de las arcadas pancreaticoduodenales, suponiendo cambios en la técnica quirúrgica que aumentan la dificultad de la misma.