



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-084 - TOTAL MESOPÁNCREAS EXCISION (TME) Y EVALUACIÓN PRECOZ MEDIANTE ACCESO POSTERIOR DERECHO COMBINADO CON EL ACCESO INFRAMESOCÓLICO A LA VMS Y AMS EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Planells Roig, Manuel¹; Peiró, Fabian²; Ponce Villar, Ursula²; Kristek, Nicolás²; Reynaldo, Dietmar²

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia; ²Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Introducción: El margen de resección relevante en el cáncer de páncreas (CP) lo constituye el mesopáncreas o tejido linfograso situado entre la cabeza pancreática, la arteria mesentérica superior (AMS) y el tronco celiaco (TC) punto de desarrollo de resección R1 y de recurrencia locoregional. La disección de la AMS es mandatoria dado que el CP invade su vecindad precozmente y se extiende a través de la arteria pancreatoduodenal difundiéndose por el tejido conectivo posterior a la VMS y AMS. El acceso posterior a la AMS en su versión posterior derecha con escisión parcial (circunferencia derecha) del mesopáncreas (linfadenectomía circunferencial o margen circunferencial derecho de resección) permite obtener un porcentaje superior de resecciones R0 en comparación con la pancreatectomía estándar asegurando un margen negativo en el mesopáncreas evitando las resecciones R1 (4). El acceso inframesocólico es más complejo, pues requiere la disección en la reflexión del mesocolon sobre el mesenterio a nivel del Treitz en un área de tejido linfograso denso en el que los accidentes vasculares pueden ser de difícil control. El acceso arterial inicial permite la detección precoz de la afectación de la AMS y de la VMS además de permitir la exposición de una arteria hepática aberrante por lo que evita resecciones R1-2. Además la ligadura temprana de la APDI disminuye la congestión de la pieza minimizando la pérdida sanguínea y permite el aislamiento de la potencial infiltración de la VMS hasta el final, facilitando el tiempo de la resección venosa y/o la disección "peligrosa" de la VMS en casos dudosos.

Caso clínico: El procedimiento se inicia tras la exploración del margen derecho de la AMS a nivel posterior comprobándose la resecabilidad del caso. Se practica el intento de control vascular en el uncinado evidenciando la imposibilidad del mismo por lo que se procede al acceso inframesocólico a la AMS/VMS. A este nivel la disección se complica con una severa hemorragia posterior de la VMS que se controla de forma secuencial y que difiere el control arterial hasta conseguir nuevamente el control vascular en el uncinado tras la sección del tronco de Henle. La AMS y la VMS es disecada en toda su longitud en el plano periadventicial que se continúa en el tronco portomesentérico proporcionando una escisión total del mesopáncreas como en la resección rectal.