



# Cirugía Española



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

## V-139 - REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL HEPÁTICA INTRAOPERATORIA ANGIOGRÁFICA TRAS PANCREATECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN DE LA VENA PORTA

Navinés-López, Jordi; Espin Álvarez, Fran; Pardo Aranda, Fernando; Cremades Pérez, Manel; Vidal Piñeiro, Laura; Sampere Moragues, Jaume; Layos Romero, Laura; Cugat Andorrà, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

### Resumen

**Introducción:** Se presenta un caso de revascularización arterial hepática por radiología intervencionista intraoperatoria en pancreatectomía total radical tras *downstaging* patológico por neoplasia de cabeza de páncreas localmente avanzado.

**Caso clínico:** Varón de 72 años, con un índice de comorbilidad de Charlson 6, diagnosticado de neoplasia de páncreas inicialmente irresecable por un tumor del proceso uncinado localmente avanzado de  $42 \times 32$  mm. El angioTC confirmó la infiltración del colédoco (dilatación biliar intrahepática de 10 mm y Wirsung de 8 mm) por la lesión, el contacto con el confluente esplenoportal y signos de infiltración de la arteria hepática así como reacción desmoplásica del tronco celíaco. TNM: T4N1M0. Se decidió drenaje biliar endoscópico metálico cubierto y neoadyuvancia empírica radical según esquema gemcitabina/abraxane por 6 meses y posteriormente radioterapia focal estereotáctica (SBRT) hasta 54 Gy tras un control de imagen TC favorable, con una masa de  $28 \times 25$  mm y mejoría de la afectación arterial. Tras protocolo de prehabilitación quirúrgica y tratamiento preventivo de anemia, el paciente se sometió a laparotomía exploradora subcostal bilateral, hallando un denso proceso fibroso rodeando a la arteria gastroduodenal a la salida de la arteria hepática común, requiriendo duodenopancreatectomía total y esplenectomía para su disección y control, siendo posible aislarla quirúrgicamente sin lesionarla. Se resecó el tercio medio de la vena porta en bloque con la pieza, requiriendo reconstrucción vascular portal término-terminal de PP5/0 con *grow* factor 1/2. Durante la intervención se observó disminución del flujo arterial a nivel de la arteria hepática, con defecto de perfusión hepática, procediéndose al traslado emergente del paciente a sala de radiología intervencionista para angiografía de sustracción digital (DIVAS), observando una disección oclusiva de la arteria hepática común con ausencia de comunicación con el territorio de la arteria mesentérica superior. La cateterización de la oclusión vascular reveló la permeabilidad distal de ambas arterias hepáticas propias. Se procedió a la colocación de doble *stent* autoexpandible, en la arteria hepática propia y proximal solapados, consiguiendo la repermeabilización de todo el árbol arterial hepático. El curso posoperatorio fue satisfactorio, siendo alta a los 9 días de ingreso tras 4 días de ingreso en cama de monitorización. El estudio anatomopatológico reveló un tumor mixto ductal-neuroendocrino G1 en cuerpo y cola pancreática de  $30 \times 28$  mm, con infiltración del tejido adiposo peripancreático, ampolla de Vater y pared de duodeno, con permeación perineural. pTNM: pT2 N0 (0/18). Los márgenes de resección fueron libres de lesión (R0). La morbilidad a 90 días fue Dindo-Clavien 1 por transfusión de un concentrado de hematíes por hematoma de la pared abdominal. No hubo reingresos.

**Discusión:** La lesión por disección del endotelio de la arteria hepática durante la pancreatectomía es una complicación grave aunque infrecuente. Se describe su manejo precoz intraoperatorio mediante radiología intervencionista de sustracción digital. Se recomienda el manejo de esta patología en quirófanos híbridos para poder ofrecer un tratamiento precoz efectivo.