



V-117 - VARIANTES ANATÓMICAS DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: *TIPS AND TRICKS* DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO

García Picazo, Alberto; Colombo, Giulia; Ielpo, Benedetto; Bosch Silvela, Gemma; Jaume Bottcher, Sofía; Donisi, Greta; Sánchez Velázquez, Patricia; Burdio Pinilla, Fernando

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Las variaciones anatómicas de la arteria hepática (AH), son relativamente frecuentes (25-45%), representando, un reto en el abordaje quirúrgico, especialmente en la cirugía mínimamente invasiva. Se clasifican según la clasificación de Michels, siendo la más frecuente (10-12%), el tipo III, es decir, arteria hepática derecha (AHD) que se origina de la mesentérica superior (AMS). Su conocimiento preoperatorio y la planificación quirúrgica son imprescindibles en la cirugía de la duodenopancreatectomía cefálica, evitando la lesión vascular sin comprometer la resección del mesopáncreas. Por ello, nuestro objetivo es destacar la importancia del diagnóstico de estas variantes anatómicas, describiendo los diferentes abordajes quirúrgicos para evitar la iatrogenia vascular.

Métodos: Se seleccionaron tres pacientes con variantes anatómicas de la AH, que iban a ser intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica. El primero presentaba la AH común originada de la AMS (Michels IX) y los otros dos la AHD originada de la AMS (Michels III), siendo la variante más frecuente. En todos los casos, se realizó una reconstrucción vascular tridimensional, previa a la intervención quirúrgica. Además, dos de ellos se intervinieron robóticamente (Da Vinci® Xi), el restante mediante laparoscopia, en todos se empleó el abordaje “Artery first” de la AMS.

Resultados: En primer lugar, se realizó la maniobra de Kocher, para la localización de la vena cava inferior y la renal izquierda, la cual es la referencia anatómica del nacimiento de la AMS. Tras ello, se localizó de forma primaria (“Artery first”) la AMS, mediante el abordaje posterolateral derecho, siendo su realización imprescindible previa a la disección del mesopáncreas, evitando la lesión vascular. Posteriormente, se disecó la AMS cranealmente desde su origen aórtico, hasta que da la arteria hepática común (AHC) o AHD, según fuera la variante anatómica. Para este paso, es aconsejable contar con la reconstrucción vascular tridimensional, para orientar el origen de la variante anatómica. Una vez localizada la misma, se realiza la apertura de la transcavidad de los epiplones, para proceder a la disección del hilio hepático, incluida la vía biliar, de especial importancia en el caso de AHD de la AMS, ya que se encuentra discurrendo lateral a vía biliar. A continuación, se visualiza y diseca la arteria gastroduodenal (AGD) y la gástrica derecha (GD) en sentido caudal, hasta el tercio medio de la arteria AHC, en el caso de que provenga esta última de la AMS. De esta forma, se obtiene el control vascular de la AHC en todo su trayecto desde la AMS. A continuación, se procede a la sección de las GD y AGD, colocándose en esta última un bulldog, para comprobar que la vascularización hepática proviene de la AHC y no de la AGD, mediante el verde de indocianina (ICG). El resto de la duodenopancreatectomía cefálica se completó sin incidencias.

Conclusiones: El conocimiento preoperatorio de las variantes anatómicas de la AH es esencial en la cirugía pancreática, para evitar la iatrogenia vascular y conservar los resultados oncológicos (resección completa del mesopáncreas). Para ello, es imprescindible la planificación quirúrgica, mediante el empleo de reconstrucciones vasculares tridimensionales.