

## BIBLIOGRAFÍA

1. Braun T, Travis D, Dee R, Nieman R. Liver Abscess Due to *Listeria monocytogenes*: Case Report and Review. *Clin Infect Dis*. 1993;17:267.
2. Brönnimann S, Baer HU, Malinverni R, Büchler MW. *Listeria monocytogenes* causing solitary liver abscess. Case report and review of the literature. *Dig Surg*. 1998;15:364-8.
3. Jenkins D, Richards JE, Rees Y, Wicks AC. Multiple listerial liver abscesses. *Gut*. 1987;28:1661-2.
4. Marino P, Maggioni M, Preatoni A, Cantoni A, Invernizzi F. Liver abscesses due to *Listeria monocytogenes*. *Liver*. 1996;16:67-9.
5. Ribière O, Coutarel P, Jarlier V, Bousquet O, Balderacchi U, Lecouturier JP, et al. *Listeria monocytogenes* liver abscess. In a diabetic patient. *Presse Med*. 1990;19:1538-40.

Camila Onetto<sup>a,\*</sup>, Horacio Ríos<sup>a</sup>, Alfredo Domenech<sup>b</sup>, Giancarlo Schiappacasse<sup>c</sup> y Camila Estay<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía, Hospital Militar, Santiago, Chile

<sup>b</sup>Departamento de Urología, Hospital Militar, Santiago, Chile

<sup>c</sup>Departamento de Radiología, Hospital Militar, Santiago, Chile

<sup>d</sup>Departamento de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [camilaonetto@gmail.com](mailto:camilaonetto@gmail.com) (C. Onetto).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.08.006>

## Duodenopancreatectomía cefálica con resección de vena mesentérica superior y reconstrucción mediante interposición de vena renal autóloga

### Autologous cephalic duodenopancreatectomy with superior mesenteric vein dissection and reconstruction using the renal vein

Caso clínico: mujer de 43 años sin antecedentes de interés, que consulta por presentar episodios de epigastalgia y náuseas de 9 meses de evolución. Estudio: 1) analítica: amilasa de 183 U/L. Resto normal. 2) Ecografía abdominal y TAC abdominopélvico: masa en cabeza de páncreas. Segmento proximal de vena mesentérica superior (en una longitud de aproximadamente 3 cm) infiltrada y trombosada. Adenopatías peripancreáticas (fig. 1). 3) Ecoendoscopia: se punciona la masa resultando positiva para malignidad, sin poder definir claramente la histología aunque con sospecha de tumor neuroendocrino. 4) RMN: se confirma la masa pancreática, observando que engloba la vena mesentérica superior. 5) Octreoscan: existe captación en zona epigástrica.

Se decide intervención quirúrgica hallando tumoración de cabeza pancreática que infiltra vena mesentérica superior. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica de Whipple con resección en bloque de vena mesentérica superior y reconstrucción mediante interposición de vena renal izquierda previamente resecada (fig. 2).

La paciente evoluciona favorablemente, sin incidencias postoperatorias. Al sexto día se realizan angioTAC y eco-doppler de control en los que se objetiva permeabilidad de las arterias renales y de la vena mesentérica superior. Es dada de alta al 11.º día postoperatorio asintomática y tolerando dieta oral.

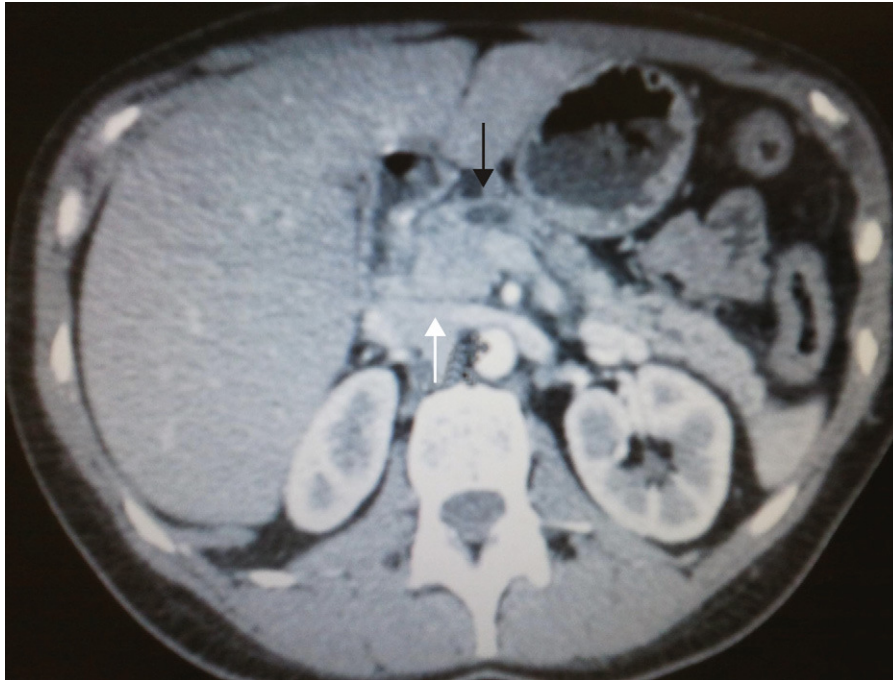
Anatomía patológica: tumor endocrino de 3,5 × 3,5 cm. Se aíslan 6 ganglios linfáticos libres de neoplasia y los márgenes

de resección de la pieza quirúrgica resultan libres de neoplasia. Trombo tumoral en vena mesentérica superior con histología compatible con tumor bien-moderadamente diferenciado de patrón trabecular.

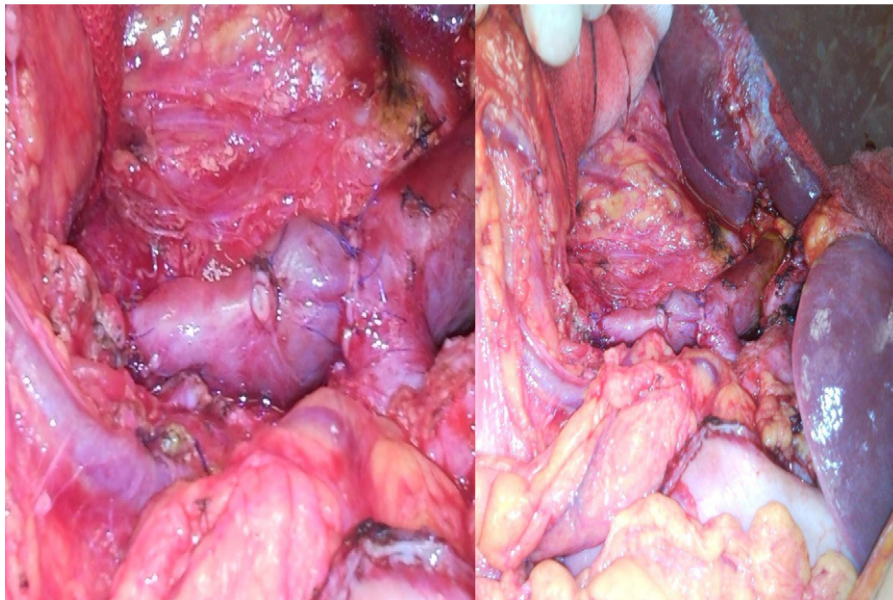
Al mes y medio de la intervención la paciente se encuentra asintomática, con TAC toracoabdominopélvico de control que muestra permeabilidad de vena mesentérica superior y riñón izquierdo de tamaño y morfología normal con fase nefrológica normal. Analítica de CCEE: cromogranina 115,1. Resto normal.

La resección quirúrgica completa es el único tratamiento potencialmente curativo en pacientes con tumores neuroendocrinos. Con frecuencia, estos tumores son malignos, y lo avanzado del tumor en el momento diagnóstico impide una extirpación radical, por lo que al menos, debe plantearse una cirugía citorreductora. Una técnica quirúrgica agresiva en casos de enfermedad avanzada puede prolongar la supervivencia, por tanto, esta está justificada, incluyendo, si es preciso, la resección de los órganos vecinos (estómago, colon, riñón, glándula adrenal) y/o vasos principales<sup>5-7</sup>.

La reconstrucción de la vena resecada se puede realizar mediante una anastomosis primaria (en un 88,6% de los casos), o mediante injertos, tanto sintéticos como autólogos (venas esplénica, yugular, gonadal, iliaca, femoral, safena y umbilical). La reconstrucción con injerto de vena autóloga se debe considerar solo en casos seleccionados: cuando la



**Figura 1 – TAC abdominal: dilatación de conducto de Wirsung (flecha negra) hasta cabeza de páncreas que se visualiza aumentada de tamaño, sugestiva de neoplasia (flecha blanca).**



**Figura 2 – Reconstrucción de vena mesentérica superior resecada mediante interposición de vena renal izquierda.**

resección de la vena porta-mesentérica superior es igual o mayor de 3 cm, cuando la confluencia portal-mesentérica superior está involucrada y cuando no es posible realizar una anastomosis libre de tensión<sup>4</sup>.

La reconstrucción mediante injerto de vena renal izquierda autóloga es una técnica posible, sencilla y duradera<sup>1-3</sup>. La vena renal es fácilmente expuesta durante las intervenciones

hepatobiliares y es todavía más accesible durante las duodenopancreatectomías, sin que sea necesaria la realización de una incisión adicional. Proporciona una longitud suficiente y presenta un calibre similar al de la VMS<sup>1,2</sup>. La vena renal tiene muchas colaterales y puede ligarse sin un gran compromiso del drenaje venoso del riñón. Preservar el drenaje venoso gonadal y renal-árgicos es esencial durante la resección

de la vena renal izquierda. Así, la vena renal debe ser resecada desde la confluencia de la vena cava y la vena renal izquierda, hasta la porción justo distal a la rama renal-ázigos<sup>1,2,8</sup>. Las colaterales drenarán el retorno venoso del riñón izquierdo y preservarán la función del mismo<sup>2</sup>.

Para prevenir la oclusión del injerto, es importante seleccionar una vena autóloga renal de un tamaño y longitud adecuados<sup>2</sup>. Es necesario que el injerto no quede muy redundante ni con tensión. Ha de realizarse un doppler intra- y postoperatorio para evaluar su permeabilidad<sup>1</sup>. Será necesaria una terapia anticoagulante<sup>2</sup>.

Concluyendo, una cirugía agresiva con resección vascular mayor está justificada en pacientes seleccionados con cáncer de páncreas<sup>3</sup>, en los que la resección segmentaria puede realizarse de manera segura sin que se produzca un aumento de la tasa de la morbilidad o mortalidad perioperatoria si lo comparamos con la duodenopancreatectomía estándar<sup>1,4</sup>. El empleo de un injerto de vena renal izquierda autóloga es una técnica factible y reproducible con buenos resultados a largo plazo<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Choudry H, Avella D, Garcia L, Han D, Staveley-O'Carroll K, Kimchi E. Use of the left renal vein as a practical conduit in superior mesenteric vein reconstruction. *J Surg Res*. 2008;146:117-20.
2. Ohwada S, Hamada K, Kawate S, Sunose Y, Tomizawa N, Yamada T, et al. Left renal vein graft for vascular reconstruction in abdominal malignancy. *World J Surg*. 2007;31:1215-20.
3. Choi SH, Hwang HK, Kang CM, Lee WJ. Total pancreaticoduodenectomy and segmental resection of superior mesenteric vein-portal vein confluence with

- autologous splenic vein graft in mucinous cystadenocarcinoma of the pancreas. *JOP*. 2010;11:638-41.
4. Casadei R, D'Ambra M, Freyrie A, Monari F, Alagna V, Ricci C, et al. Managing unsuspected tumour invasion of the superior mesenteric-portal vein during surgery for pancreatic head cancer. A case report. *JOP*. 2009;10:448-50.
5. Fendrich V, Waldmann J, Bartsch DK, Langer P. Surgical management of pancreatic endocrine tumors. *Nat Rev Clin Oncol*. 2009;6:419-28.
6. Fendrich V, Bartsch DK. Surgical treatment of gastrointestinal neuroendocrine tumors. *Langenbecks Arch Surg*. 2011;396:299-311.
7. Pomianowska E, Gladhaug IP, Grzyb K, Røsok BI, Edwin B, Bergsetuen DS, et al. Survival following resection of pancreatic endocrine tumors: importance of R-status and the WHO and TNM classification systems. *Scand J Gastroenterol*. 2010;45:971-9.
8. Yara Sánchez JE. El trauma vascular en el abdomen. II parte. *Medisan*. 2000;4:57-63.

Izaskun Markinez Gordobil\*, Inmaculada Ruiz Montesinos, Xabier Arteaga Martín, Miguel Ángel Medrano Gómez y Adolfo Beguiristain Gómez

Sección Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital de Donostia, Donosti, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ikur6@hotmail.com](mailto:ikur6@hotmail.com) (I. Markinez Gordobil).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.08.007>

# La pancreatitis idiopática fibrosante: causa infrecuente de ictericia obstructiva en pacientes jóvenes

## Idiopathic fibrosing pancreatitis—a uncommon cause of obstructive jaundice in young patients

La pancreatitis idiopática fibrosante (PIF) es una forma rara de pancreatitis crónica, predominante en niños y adolescentes<sup>1</sup>. La edad media al diagnóstico se sitúa en torno a los 10 años (4 meses-20 años), con una distribución igual entre ambos sexos<sup>1,2</sup>. Descrita por primera vez por Comfort et al en 1946<sup>3</sup>, presenta como principal manifestación una ictericia obstructiva acompañada, en la mayoría de los casos, de dolor abdominal y mínima o inexistente elevación de las enzimas pancreáticas. Su evolución genera una fibrosis glandular con insuficiencia pancreática mixta. Hasta la fecha se han comunicado solo 72 casos<sup>1,2,4-14</sup>.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se ha realizado mediante laparotomía exploradora y biopsia pancreática y en muchos de estos pacientes la intervención fue finalizada con

una derivación biliodigestiva<sup>2</sup>. En pocos casos se ha optado por una resección pancreática con/sin preservación duodenal<sup>1</sup>. En los últimos años, se han comunicado varios casos tratados de forma conservadora con resultados favorables, generando un cambio de perspectiva en cuanto a la evolución y al enfoque terapéutico<sup>2,10,12,13</sup>.

A continuación, comentamos un caso de PIF cuya presentación de urgencias en forma de una ictericia obstructiva dolorosa se orientó como una colecistitis aguda con posible coledocolitiasis. Los hallazgos intraoperatorios y la evolución posterior obligaron a la reconsideración del caso con realización de múltiples investigaciones analíticas y de imagen y una nueva intervención quirúrgica que llevaron a dicho diagnóstico. Se realiza una revisión de la