



V-097 - ARTERY FIRST APPROACH EN CARCINOMA PERIAMPULAR BORDERLINE RESECABLE. TÉCNICA DE ACCESO POSTERIOR A LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Planells Roig, Manuel; Peiró, Fabián; Ponce Villar, Úrsula; Martí, Lidia; Sánchez, Eugenio; Bañuls, Ángela; Caro, Federico

Hospital de Gandía, Gandía.

Resumen

Introducción: El carcinoma periampular pancreático y sobre todo el adenocarcinoma pancreático precisan para su abordaje quirúrgico de un estadiaje preoperatorio ajustado clasificándose el caso como resecable, borderline resecable o irresecable en función de los hallazgos del TAC con o sin estudio ecoendoscópico asociado. En los casos de carcinoma borderline resecable y en los casos que de entrada se consideran tributarios de cirugía upfront, el acceso directo inicial a la arteria mesentérica superior (AMS), permite evaluar de forma adecuada la potencial infiltración de la lamina retroportal y el segmento derecho o lateral de la arteria con el fin de evitar resecciones con infiltración microscópica no detectadas (infraestadiaje intraoperatorio y postoperatorio con resección R1) a la vez que encontramos con afectación de la (AMS) que no permita la resección del tumor ocasionando una resección R2.

Métodos: Son varios los abordajes de la arteria mesentérica superior, pero en los casos de localización cefálica y proceso uncinado, el abordaje de más sencillez es el posterior. En el vídeo mostramos la técnica paso a paso para el acceso posterior a la AMS con sección de la arteria pancreatoduodenal temprana. Se inicia la maniobra de Kocher amplia accediendo al duodeno y al espacio inter aorto cavo, lo que permite la exéresis de los ganglios de dicha localización que practicamos de forma sistemática. Dado que en los casos borderline la infiltración del eje portomesentérico es frecuente. El abordaje a la AMS lo iniciamos con la disección de la vena renal izquierda, con el fin de preparar el potencial injerto de la misma en caso de precisar resección portal extensa. Justo en el borde superior de la vena renal izquierda podemos identificar la salida de la AMS. La disección del tejido celular, denso, alrededor de la misma, permite incidir la vaina de esta y con disección cuidadosa progresar en toda su extensión hasta el cruce de la tercera porción duodenal. En el dorso de la misma localizamos la arteria pancreatoduodenal inferior que es seccionada. Una vez disecada en toda la extensión, pero sin extender la disección en el lado izquierdo de la misma, con la ayuda de un vessel loop proseguiremos su disección por vía transmesocólica anterior.

Conclusiones: La implementación del procedimiento en la DPC de la disección inicial de la AMS en todos los casos, permite alcanzar un dominio técnico y experiencia adecuada para que el procedimiento de la DPC tenga como punto final el hanging manouver de la adherencia potencial de

la neoplasia al eje portomesentérico, permitiendo dejar para la última fase la resección venosa con el acceso al injerto de vena renal izquierda ya preparado. El acceso a la AMS inicial evita resecciones R2 y permite estadiar fiablemente las resecciones pancreáticas, obteniendo una línea de resección "mesentérica" arterial a diferencia del procedimiento más clásico en el que el porcentaje de resecciones R1 admisible dentro de los estándares alcanza el 45% (Sabater et al. *Ann Surg Oncol.* 2014;21:1138-46).