



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-180 - VARIANTE ANATÓMICA TIPO IX DE MICHELS: DETALLES TÉCNICOS DE LA LINFADENECTOMÍA D2 LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER GÁSTRICO

Blanco Terés, Lara¹; Bruna Esteban, Marcos²; Vaqué Urbaneja, Francisco Javier²; Mingol Navarro, Fernando²; Avelino González, Lourdes²; Batista Doménech, Adela²

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid; ²Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Las variaciones anatómicas de las ramas del tronco celíaco (TC) son frecuentes y su conocimiento es fundamental para una cirugía segura del tracto gastrointestinal superior. Se presenta el caso clínico de un paciente con una variante vascular infrecuente debida a una arteria hepática común (rCHA) y gastroduodenal (rGDA) reemplazadas, con un origen aberrante y separado; identificadas durante la linfadenectomía D2 laparoscópica en una gastrectomía total por cáncer gástrico.

Caso clínico: Varón de 75 años diagnosticado de un adenocarcinoma gástrico proximal localmente avanzado que recibió quimioterapia neoadyuvante (régimen FLOT-4) y posteriormente fue intervenido mediante una gastrectomía total mínimamente invasiva 3D con linfadenectomía D2. La tomografía computarizada preoperatoria mostró una variación en la anatomía de las ramas del TC visualizadas durante la cirugía en la disección del ligamento hepatoduodenal. Se identificó una arteria hepática común con origen en la arteria mesentérica superior (SMA) a la derecha de la vena porta. Todo el suministro arterial del hígado deriva de esta arteria (rCHA). Durante la linfadenectomía de las estaciones ganglionares 7 y 9, se identificó una rGDA rama del TC, junto con la arteria gástrica izquierda (LGA) y esplénica (SA). Durante la cirugía se disecó y seccionó la arteria gástrica derecha (RGA) originada de la rCHA. Después de una cuidadosa disección de los ganglios linfáticos del TC, la LGA se seccionó entre *hemolocks* preservando la rGDA (fig.). Posteriormente se realizó la gastrectomía total y se confeccionó la anastomosis mediante esofagoyeyunostomía en Y-Roux para la continuidad del tránsito. No hubo necesidad de conversión a cirugía abierta y no se observaron complicaciones intra ni posoperatorias en relación con la intervención, pero el paciente falleció al mes por una neumonía COVID+. Según la clasificación de Michels, la variante anatómica descrita en este caso se corresponde con el tipo IX, cuya incidencia es muy baja (menos del 1%) y en la cual la arteria hepática común y la arteria gastroduodenal presentan orígenes separados.

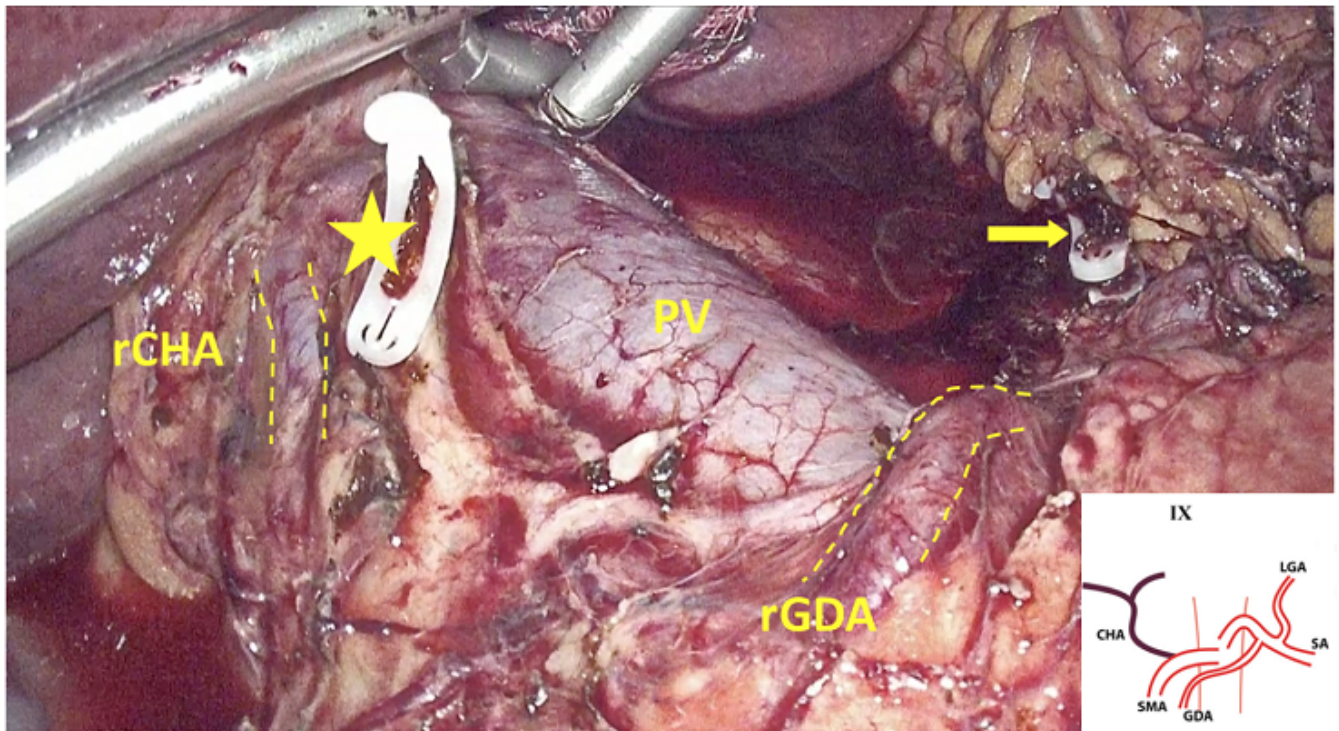


Figura 1: Disección del ligamento hepatoduodenal: rCHA (arteria hepática común reemplazada). Estrella RGA (arteria gástrica derecha). rGDA (arteria gastroduodenal reemplazada). Flecha LGA (arteria gástrica izquierda).

Discusión: El estudio preoperatorio y detallado de la anatomía vascular en la cirugía del tracto gastrointestinal superior ayuda a identificar posibles variaciones arteriales en las ramas del tronco celiaco, como la descrita en este caso; y por tanto, es recomendable realizarlo para mejorar la calidad de la linfadenectomía y aumentar la seguridad de la técnica, evitando complicaciones graves de tipo hemorrágico y/o isquemia hepática posoperatoria.