



P-215 - ANGIOPLASTIA Y *STENT* COMO TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS PRECOZ DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR TRAS DPC CON RESECCIÓN VENOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubiera Álvarez, Alba; Martín Malagón, Antonio; Pezzetta Hernández, Liliana; Pérez Torres, Jorge Brian; Mon Martín, Fuensanta; De Armas Conde, Noelia; Hernández Oramas, Claudia

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: La resección quirúrgica es la única opción potencialmente curativa para los adenocarcinomas de cabeza pancreática. En este tipo de intervención, la obtención de unos márgenes sanos (R0) es crucial en relación con las opciones de curación, por lo que en ocasiones es necesario realizar resecciones venosas con objeto de evitar márgenes afectos. Este tipo de extirpaciones, sobre todo si son complejas, pueden conllevar complicaciones vasculares específicas difíciles de manejar y potencialmente mortales. A continuación se describe el caso de una duodenopancreatectomía cefálica (DPC) con resección venosa compleja que presentó una trombosis precoz en el posoperatorio inmediato y fue resuelta de forma mínimamente invasiva por el servicio de Angioradiología.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 69 con un adenocarcinoma de cabeza pancreática a nivel del proceso uncinado de 20 × 15 mm. Tras ser valorado en el comité multidisciplinar de tumores se decidió intervención quirúrgica directa. En el procedimiento se observó lesión mayor de 2 cm en la cabeza del páncreas que contactaba la vena mesentérica superior (VMS) en la zona 4, inferior a la confluencia entre la vena porta y la vena esplénica y muy próxima a la bifurcación de la VMS en las ramas ileales y yeyunales. Para realizar una extirpación en bloque del tumor R0 se tuvo que realizar una resección de aproximadamente 2 cm de la VMS y posteriormente una anastomosis vascular termino-terminal técnicamente compleja entre el extremo proximal de VMS libre de enfermedad y la bifurcación en sus ramas, quedando una de ellas permeable y la otra con flujo algo disminuido, el resto de la intervención se finalizó sin complicaciones. En las primeras 24 horas posquirúrgicas el paciente presenta buen estado general, sin embargo, destacaba una semiología ascítica importante y un débito seroso abundante por los drenajes abdominales, con sospecha de complicación vascular se solicitó un angioTC apreciándose trombosis de la anastomosis vascular y ascitis, por ello se contactó con el servicio de Radiología intervencionista que realizó una portografía directa mediante acceso percutáneo hepático visualizando la ya conocida oclusión de la VMS por trombo. Se realizó angioplastia con balón de 7 mm y se implantó un *stent* autoexpandible "Epic" de 8 × 60 mm con buena repermeabilización, al día siguiente se inició anticoagulación que se mantuvo 3 meses. Tras la colocación de la prótesis el débito por los drenajes disminuyó drásticamente y el resto del posoperatorio evolucionó sin complicaciones, fue dado de alta a los 14 días de la intervención.

Discusión: En la cirugía oncológica del páncreas cada vez son más frecuentes las resecciones vasculares y con ellas las complicaciones que pueden derivar de las mismas. La trombosis precoz de la anastomosis venosa tras una DPC es una complicación grave que suele requerir reintervención. Los *stents* autoexpandibles endovasculares ya han sido descritos como tratamiento para los sangrados y los pseudoaneurismas tras DPC. En casos de trombosis tras anastomosis venosa, la angioplastia seguida de la colocación de un *stent* venoso pueden ser una opción terapéutica a tener en cuenta para evitar la reintervención precoz.