



V-121 - TOTAL MESOPANCREAS EXCISION (TME) Y EVALUACIÓN PRECOZ DEL MESOPÁNCREAS MEDIANTE EL ACCESO POSTERIOR DERECHO A LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR EN LA DUDENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Planells Roig, Manuel Vicente; Peiró Monzó, Fabián; Ponce Villar, Úrsula; Krystek Galdós-Tanguis, Nicolás; Reinaldo Baliño, Dietmar

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: El margen de resección de mayor relevancia en la cirugía pancreática lo constituye el mesopáncreas o tejido linfograso y conectivo situado entre la cabeza pancreática, la arteria mesentérica superior (AMS) y el tronco celiaco (TC), punto de mayor frecuencia de desarrollo de resección R1 y de recurrencia locoregional. En la DPC la disección del pedículo de la AMS es fundamental dado que el carcinoma de cabeza de páncreas invade la vecindad de la AMS de forma precoz en estadios tempranos y con frecuencia se extiende a través del eje de la arteria pancreatoduodenal difundiéndose por el tejido conectivo posterior a la vena mesentérica y AMS. El objetivo es presentar el acceso posterior derecho a la AMS mediante un vídeo.

Métodos: El procedimiento se inicia con una extensa Kocherización incluyendo el hemicolon derecho y la raíz del mesenterio yeyunoileal sobrepasando el margen izquierdo de la aorta. Se practica linfadenectomía inter aorto-cava y aislamiento y control de la vena renal izquierda. La AMS se identifica por encima del borde superior de la vena renal izquierda y es disecada en toda su longitud en el plano periadventicial evidenciando bien la infiltración del mesopáncreas bien la existencia de una arteria hepática anómala que hay que respetar.

Resultados: La progresión periadventicial de la disección hacia la 3ª porción duodenal permite la ligadura temprana de la arteria pancreaticoduodenal inferior que sale del dorso de la AMS. La disección vascular retropancreática periadventicial permite a su vez detectar la posible infiltración venosa anterior y lateral, y se continúa en el tronco portomesentérico proporcionando una Total Mesopancreas Excision como en la resección rectal. En caso de infiltración porto mesentérica, tras la transección gástrica, pancreática y yeyunal la lesión ya solo queda unida por el punto de infiltración portomesentérico y por tanto la resección venosa es rápida.

Conclusiones: El acceso posterior para la DPC ha sido previamente descrito y en su versión posterior derecha o right posterior approach (RPA) con escisión parcial (circunferencia derecha) del mesopáncreas (linfadenectomía circunferencial o margen circunferencial derecho de resección) permite obtener un porcentaje superior de resecciones R0 en comparación con la pancreatectomía estándar (DPCS). Además permite realizar la linfadenectomía de las adenopatías periarteriales del tronco de la AMS asegurando un margen negativo en el mesopáncreas punto de mayor frecuencia de

origen de las resecciones R1. El RPA ofrece múltiples beneficios sobre el abordaje habitual. Permite la detección precoz de la afectación de la AMS por el tumor al igual que de la afectación de la VMS además de permitir la exposición de una arteria hepática aberrante por lo que evita resecciones R2 y asegura la arteria aberrante desde el inicio de la intervención. Además la ligadura temprana de la APDI disminuye la congestión de la pieza minimizando la pérdida sanguínea en el tiempo de la resección y permite el aislamiento de la potencial infiltración de la VMS hasta el final, facilitando el tiempo de la resección venosa y/o la disección “ peligrosa “ de la VMS en casos dudosos.