



P-214 - ESTENOSIS DEL TRONCO CELIACO. IMPLICACIÓN EN LA CIRUGÍA DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

González de Vera, Olivia; Dopazo Taboada, Cristina; Blanco Cuso, Laia; Caralt Barba, Mireia; Bilbao, Itxarone; Lázaro, José Luis; Balsells, Joaquim; Charco, Ramón

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La estenosis del tronco celiaco es una entidad relevante en pacientes candidatos a cirugía de la cabeza pancreática. Una patología obstructiva no diagnosticada a este nivel puede conllevar graves complicaciones postoperatorias de tipo isquémico (insuficiencia hepática aguda, abscesos hepáticos, isquemia gástrica, intestinal o esplénica). Las causas más frecuentes de este hallazgo son la compresión extrínseca producida por el ligamento arcuato, arteriosclerosis y la displasia fibromuscular. A pesar de haberse publicado un gran número de casos, no existen guías de práctica clínica que orienten el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología.

Caso clínico: Una mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial e hiperlipidemia, con historia de dolor abdominal inespecífico de 3 meses de evolución, acude a Urgencias por ictericia obstructiva. Se diagnosticó de neoplasia de uncus pancreático por colangio-resonancia magnética. La angioTC descartó enfermedad a distancia e informaba de sospecha de estenosis de tronco celiaco de causa indeterminada. Intraoperatoriamente, se confirmó la ausencia de flujo a través de la arteria hepática propia al clampar la arteria gastroduodenal. Se disecó el tronco celiaco hasta su origen sin hallar ligamento arcuato responsable de la estenosis. Se decidió la colocación de una prótesis vascular recta de ePTFE GORE-TEX de 6 mm entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la arteria gastroduodenal tras completar la duodenopancreatectomía cefálica, seguido de las anastomosis digestivas según la práctica habitual del servicio (pancreato-yeyunostomía ducto-mucosa, hepato-yeyunostomía y gastro-yeyunostomía). La angioTC postoperatoria mostró correcta permeabilidad del injerto vascular, y el postoperatorio transcurrió sin complicaciones mayores. Anatomía Patológica: adenocarcinoma ductal pT3N1 (2/12) G3 con invasión vascular venosa, linfática y perineural.

Discusión: La realización de TC o angio-resonancias magnéticas con descripción exhaustiva de la anatomía vascular visceral es imperativa en la cirugía de páncreas con tal de diagnosticar anomalías de forma preoperatoria que permitan una mejor planificación de la cirugía. En el caso que aquí presentamos, había una sospecha de estenosis de tronco celiaco no atribuible a ateromatosis sin poder descartar compresión por el ligamento arcuato, por lo que se optó por el manejo quirúrgico como primera opción. Intraoperatoriamente, ante la ausencia de ligamento arcuato responsable de dicha estenosis, se decide la colocación de un injerto vascular protésico desde la AMS para garantizar un flujo arterial hepático correcto. El tratamiento endovascular preoperatorio mediante

angioplastia con balón o colocación de un stent sería una opción igualmente válida, especialmente si se sospecha una estenosis producida por arteriosclerosis.