



P-255 - LESIÓN ARTERIAL HEPÁTICA CRÍTICA DURANTE DUODENOPANCREATECTOMÍA EN PACIENTES CON NEOADYUVANCIA POR NEOPLASIA DE PÁNCREAS

Vidal Carné, Anna; Espin Álvarez, Francisco; Cremades Pérez, Manel; Zárata Pinedo, Alba; Pardo Aranda, Fernando; Navinés López, Jordi; Zárata Pinedo, Alba; Cugat Andorrà, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica es la única opción potencialmente curativa para las neoplasias pancreáticas localizadas en la porción cefálica del páncreas. Se opta por tratamiento neoadyuvante (quimio/radioterapia) en pacientes con afectación venosa y/o arterial previa a la cirugía. La incidencia de complicaciones intra y posoperatorias arteriales son potencialmente graves desconociéndose los mecanismos que las favorecen y su relación con el tratamiento neoadyuvante.

Objetivos: Describimos dos casos de pérdida de flujo intraoperatorio en la arteria hepática común (AHC) en pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica después de neoadyuvancia con quimio-radioterapia.

Resultados: El primer caso se trata de una paciente de 76 años que se interviene de una neoplasia de cabeza de páncreas mediante duodenopancreatectomía cefálica (DPC) abierta. Previamente había realizado tratamiento sistémico con quimioterapia (QT) FOLFIRINOX y radioterapia (RT) concomitante (50,4 Gy). Durante la disección de la arteria hepática propia para completar la exegesis, bajo *clamp* vascular se aprecia tras su retirada, ausencia de flujo arterial distal a la arteria hepática común (AHC). Se realizó trombectomía con balón Fogarty de manera infructuosa por lo que se decidió una vez finalizada la cirugía y de manera inmediata la realización de arteriografía urgente, se observó una disección oclusiva en AHC con ausencia de flujo distal de todas las ramas. Se consiguió atravesar la oclusión objetivando múltiples disecciones distales en arteria hepática propia (AHP), derecha (AHD) e izquierda (AHI) que limitaban el flujo arterial hepático y la presencia de trombosis intraarteriales. Se realizó tratamiento de las disecciones mediante angioplastias con balón y posterior colocación de prótesis metálica en AHC-AHP y otras dos accesorias en AHD y AHI, respectivamente sin incidencias. El segundo caso se trata de un varón de 72 años que se interviene de neoplasia de cabeza de páncreas mediante DPC abierta después de tratamiento neoadyuvante con QT de inducción FOLFIRINOX y RT (50,4 Gy). Durante la cirugía, tras la retirada del *clamp* vascular de la arteria hepática común, se objetiva ausencia de flujo arterial distal. En este caso, y con nuestra experiencia con el caso previo, se decide finalizar la intervención y realizar la arteriografía sin maniobras previas de trombectomía. En la arteriografía se objetiva una disección oclusiva de la AHC con ausencia de flujo distal y, disección posterior a la oclusión que se extiende desde AHC a AHP distal, a unos 5 mm de la bifurcación. Se realizó la colocación de dos prótesis

metálicas solapadas en AHP y AHC. Ambos pacientes cursaron un posoperatorio favorable y sin complicaciones. Ambos casos se expondrán con imágenes en formato vídeo de la cirugía y animación de la arteriografía.

Conclusiones: La lesión arterial durante la pancreatometomía es una complicación infrecuente y manejable. El reconocimiento temprano y su tratamiento es clave para evitar consecuencias graves.