



V-051 - DUODENOPANCREATECTOMÍA ROBÓTICA CON RESECCIÓN DE ARTERIA HEPÁTICA DERECHA ABERRANTE POR COLANGIOCARCINOMA EXTRAHEPÁTICO

Zárate Pinedo, Alba¹; Sentí Farrarons, Sara¹; Cremades Pérez, Manel¹; Pardo Aranda, Fernando²; Espín Álvarez, Francisco³; Navinés López, Jordi¹; López Ben, Santi⁴; Cugat Andorra, Esteve¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ²Hospital Universitari Germans, Badalona; ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona; ⁴Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: La presencia de variantes anatómicas en la anatomía vascular hepática puede suponer un reto durante la cirugía de las neoplasias de la región periampular. La presencia de una arteria hepática derecha aberrante (AHDa) procedente de la arteria mesentérica superior (AMS) es la variante anatómica de la normalidad más frecuente de la vascularización arterial hepática. Está presente en el 11-21% de los pacientes que se someten a una duodenopancreatectomía. La resección de una (AHDa) procedente de la arteria mesentérica superior es en ocasiones necesaria para obtener una resección R0 durante la duodenopancreatectomía cefálica. La embolización preoperatoria de dicha AHDa se ha propuesto como alternativa para evitar las complicaciones isquémicas biliares y hepáticas al permitir que se abran los *shunts* preexistentes entre la vascularización izquierda y derecha del hígado.

Caso clínico: Paciente varón de 78 años a quien a raíz de estudio de ictericia indolora se diagnosticó de colangiocarcinoma distal. En el estudio preoperatorio se identifica la presencia de arteria hepática derecha aberrante procedente de la AMS que se encuentra invadida por el tumor, sin otros criterios de irresecabilidad por lo que se considera tributario de tratamiento quirúrgico mediante duodenopancreatectomía cefálica con resección de AHDa. Previa intervención, se realizó embolización proximal de AHDa con colis sin repercusión clínica ni analítica posterior. Se realizó una duodenopancreatectomía cefálica con abordaje robótico asistido mediante la plataforma da Vinci Xi. La resección de la AHDa se realizó entre endograpadoras con carga vascular. La reconstrucción se realizó en asa única según técnica de Child. Durante el posoperatorio el paciente presentó fístula pancreática grado B y pudo recibir el alta hospitalaria el 19.º día posoperatorio. El angioTC posoperatorio mostró repermeabilización de las ramas intrahepáticas de la arteria hepática derecha, sin alteraciones de la perfusión parenquimatosa. El informe anatomopatológico describió la presencia de un adenocarcinoma biliar extrahepático, con afectación de un ganglio de 23 (pT2N1).

Discusión: Aunque la evidencia actual se limita a publicaciones de cohortes retrospectivas, parece que la embolización de una AHDa previa a la pancreaticoduodenectomía con resección de dicha arteria es una técnica factible y segura. Permite evitar complicaciones isquémicas biliares y hepáticas que se podrían derivar de la privación de flujo arterial hepático tras la resección de la arteria. En el caso que se presenta, la embolización preoperatoria de la AHDa no impidió realizar un

abordaje mínimamente invasivo mediante la plataforma robótica da Vinci Xi.