



CARTA CIENTÍFICA

Bypass porto-mesentérico con vena femoral superficial tras resección de adenocarcinoma de cabeza de páncreas[☆]



Portal-mesenteric bypass with superficial femoral vein after resection of a head of pancreas adenocarcinoma

I.M. López Arquillo*, C. Gallego Ferreiroa, J. Vidal Rey, E. Fraga Muñoz y J.M. Encisa de Sá

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Complejo Hospitalario Universitario Vigo, Vigo, España

Actualmente, la infiltración de las estructuras vasculares por tumores no contraindica la resección si se logran márgenes negativos de enfermedad¹. Los injertos venosos son los preferidos para la reconstrucción vascular en este tipo de intervención, especialmente en el caso de estructuras venosas, por su excelente permeabilidad y resistencia en caso de infección².

La vena femoral superficial (VFS) se ha utilizado como material autógeno para la realización de bypass en diferentes territorios con buenos resultados a largo plazo. Entre los casos publicados, destacan reconstrucciones arteriales, pero también hay casos descritos de su utilización en el sector venoso.

Presentamos un caso de un paciente al que se le realizó un bypass portomesentérico con VFS tras la resección de un adenocarcinoma de cabeza de páncreas con infiltración de la vena mesentérica superior (VMS).

Se trata de un paciente varón de 50 años, fumador y bebedor moderado, intervenido previamente de seminoma, quiste tiroideo y tumoración de origen linfoide retroperitoneal. El paciente fue ingresado para estudio de un cuadro de ictericia y prurito con coluria, hipocolia y pérdida de peso de una semana de evolución. No presentaba hallazgos patológicos a la exploración física. Al realizarse una ecografía abdominal, se observó dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática, sin identificarse el extremo distal del colédoco por interposición de gas, por lo que se completó el estudio con una colangiografía resonancia magnética y una tomografía axial computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso y oral. Se evidenció una masa a nivel de cabeza de páncreas de 4,8 cm de diámetro, con compresión-infiltración del colédoco y conducto pancreático principal. Además se observó que dicha masa infiltraba la porción media de la VMS (fig. 1). Tras la valoración multidisciplinar del paciente, se decidió realizar una duodenopancreatectomía cefálica por parte de Cirugía General que precisó la realización de resección de la VMS, la cual fue reconstruida, por nuestra parte, con VFS, dada la similitud de calibres. Realizando un bypass portomesentérico (fig. 2). Tras la intervención el paciente presentó inestabilidad hemodinámica, desarrollando un fallo multiorgánico que finalmente le llevó al fallecimiento a las 72 h.

[☆] Presentado en el 19 Congreso Nacional del Capítulo Español de Flebología, 7, 8 y 9 de abril de 2011 en Granada.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irenearquillo@hotmail.com
(I.M. López Arquillo).

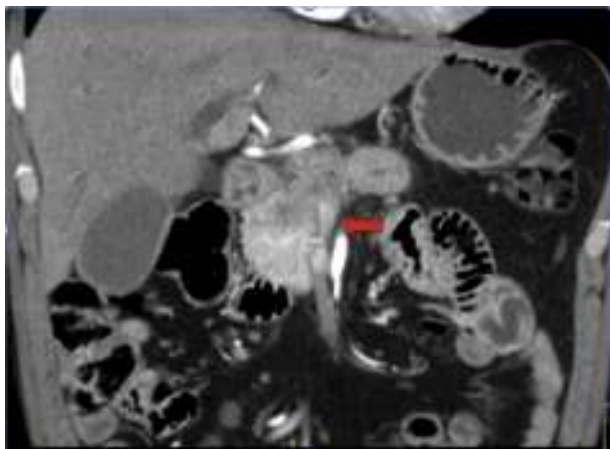


Figura 1 Imagen de la angio-TC que evidencia de infiltración de la vena mesentérica superior por el tumor.

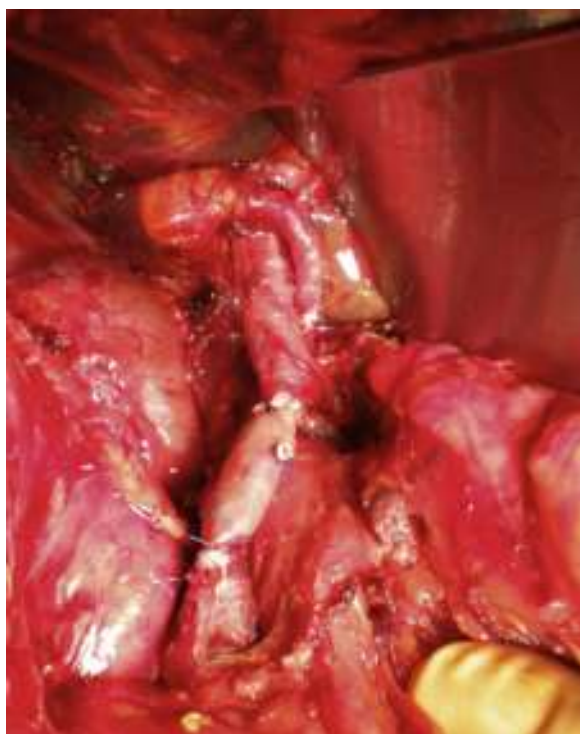


Figura 2 Imagen intraoperatoria del bypass portomesentérico con vena femoral superficial.

Los injertos venosos son los preferidos para la reconstrucción vascular tras la resección de segmentos, tanto arteriales como venosos, con el fin de lograr la exéresis tumoral completa en diferentes sectores. Este tipo de injerto es el preferido en el caso de estructuras venosas, por su excelente permeabilidad y resistencia en caso de infección².

Entre las distintas venas disponibles para la realización de dicha reconstrucción se encuentra la VFS. Fue utilizada por primera vez por Schulman et al. en 1986 para la realización de un bypass femoropoplíteo³ y desde entonces se ha descrito su uso en diferentes sectores, tanto arteriales como venosos: reconstrucción de vena cava superior^{4,5}, aneurisma micótico femoral⁶ o reconstrucción de arteria

pulmonar tras resección de fístula broncovascular⁷, entre otras. McKay et al.² estudiaron los resultados de la reconstrucción arterial y venosa con esta vena tras la resección de neoplasias en diferentes localizaciones. Concluyeron que la VFS es una buena opción por su permeabilidad a largo plazo y aceptable morbimortalidad asociada, sin registrar complicaciones asociadas a su resección en la extremidad inferior. En último lugar, Modrall et al.⁸, mediante un estudio prospectivo, compararon los resultados de esta vena con la vena safena interna (VSI) como conductos para bypass mesentéricos arteriales en casos de isquemia mesentérica crónica, isquemia mesentérica aguda y aneurisma micótico de aorta. Tras un seguimiento medio de 31 meses observaron una tasa de recurrencia de isquemia mesentérica/fallo clínico del bypass del 27% en el grupo tratado con VSI, sin registrarse ningún caso en el grupo tratado con VFS ($p=0,045$). Concluyeron que la VFS es una alternativa viable a la VSI cuando se requiere un bypass con material autógeno para reconstrucciones arteriales mesentéricas.

Con los datos publicados parece adecuado considerar la VFS una buena opción para la realización de bypass en el territorio mesentérico así como para la realización de reconstrucciones arteriales y venosas en otros sectores.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Ujiki B, Talamonti M. Guidelines for the surgical management of pancreatic adenocarcinoma. *Semin Oncol.* 2007;34:311–20.
2. McKay A, Motamedi M, Temple W, Mack I, Moore R. Vascular reconstruction with the superficial femoral vein following major oncologic resection. *J Surg Oncol.* 2007;96:151–9.
3. Schulman MI, Schulman LG, Lledo-Pérez AM. Unusual autogenous vein grafts. *Vasc Surg.* 1992;26:257–64.
4. Kennedy DP, Palit TK. Reconstruction of superior vena cava syndrome due to benign disease using superficial femoral vein. *Ann Vasc Surg.* 2010;24:e7–12.
5. Eshtaya E, Legare JF, Sullivan JA, Hancock CL. Great mediastinal vein reconstruction using autologous superficial femoral vein superficial femoral vein graft. *J Card Surg.* 2008;23:736–8.
6. Schneider JR, Oskin SI, Verta MJ. Superficial femoral vein graft interposition in situ repair for femoral mycotic aneurysm. *Ann Vasc Surg.* 2009;23:147–9.
7. Kotzampassaki N, Corpataux JM, Pasche P, Magnusson L, Ris HB. Superficial femoral vein as substitute for pulmonary artery reconstruction after resection for bronchovascular fistula. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2008;136:525–7.
8. Modrall JG, Sadjadi J, Joiner DR, Ali A, Welborn III MB, Jackson MR, et al. Comparison of superficial femoral vein and saphenous vein as conduits for mesenteric arterial bypass. *J Vasc Surg.* 2003;37:362–6.