

DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA CON RECONSTRUCCION VASCULAR EN EL TUMOR PANCREÁTICO LOCALMENTE AVANZADO . A PROPÓSITO DE UN CASO.

Manuel Rodriguez Castro¹ Ana Maria Galeote Miguel¹ ,Celia Maria Martin Bravo¹ ,Marta Becerra Capacete¹, Cristina Quero Blanco¹.
(1) Oncología Médica . Hospital Costa del Sol de Marbella

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado, son candidatos a terapia neoadyuvante y posterior cirugía mediante duodenopancreatectomía cefálica (DPC) y reconstrucción vascular con intención curativa.(1-4)

Durante la última década se ha demostrado que los tumores con afectación limitada de los principales vasos peripancreáticos, como la vena mesentérica superior(VMS), porta (VP), la arteria mesentérica superior(AMS) o la arteria hepática(AH), pueden ser técnicamente resecables y con resultados alentadores. Sin embargo, el impacto de las resecciones más agresivas (particularmente la resección arterial) en el pronóstico a largo plazo es controvertido.(5-6)

El perfeccionamiento de las técnicas de imagen, quirúrgicas y del manejo posoperatorio de los pacientes con neoplasias hepato-bilio-pancreáticas han brindado la posibilidad de realizar con éxito procedimientos quirúrgicos de creciente complejidad. A pesar de los avances tecnológicos, se ha demostrado que hasta el 52% de los pacientes que se benefician de una pancreatoduodenectomía también necesitan una resección vascular.(5-6)

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un hombre de 56 años con estenosis pulmonar congénita intervenida en varias ocasiones en seguimiento por cardiología por insuficiencia cardíaca con hipertensión pulmonar secundaria. En el contexto de una pancreatitis aguda es diagnosticado en abril 2021 de un adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado con infiltración vascular (contacta con VMS provocando estenosis significativa de la VP adyacente sin trombosis portal) y duodenal. T4N0M0 estadio III(8^oAJCC).(Imagen1)

En comité de tumores se decide iniciar con tratamiento neoadyuvante de entrada, tras colocación de prótesis biliar. Se consulta con cardiología, y ante el riesgo cardiovascular del paciente, se opta por el régimen de Gemcitabina-Abiraxane.

Tras 5 ciclos de tratamiento, sufre una hemorragia digestiva alta (HDA), secundaria a la infiltración duodenal, aunque sin evidencia de progresión de la enfermedad, por lo que es derivado al servicio de radioterapia, decidiendo iniciar Radioterapia a dosis radicales, asociada a Gemcitabina semanal.

En TAC de reevaluación se observa buena evolución radiológica, la AH persiste rodeada por la lesión, la VP ha disminuido su cambio de calibre y ya no se aprecia con VMS, aunque si con duodeno a la altura del píloro.(Imagen2)

En el Comité de nuestro centro se rechaza de nuevo la cirugía por la infiltración vascular, derivándolo a un centro de referencia, donde a pesar de afectación de AH se interviene en febrero 2022, mediante DPC con reconstrucción arterial y venosa.

En TAC de reevaluación posquirúrgico se pudo objetivar tanto permeabilidad arterial como del eje esplenoportal con edema periportal.(Imagen3).

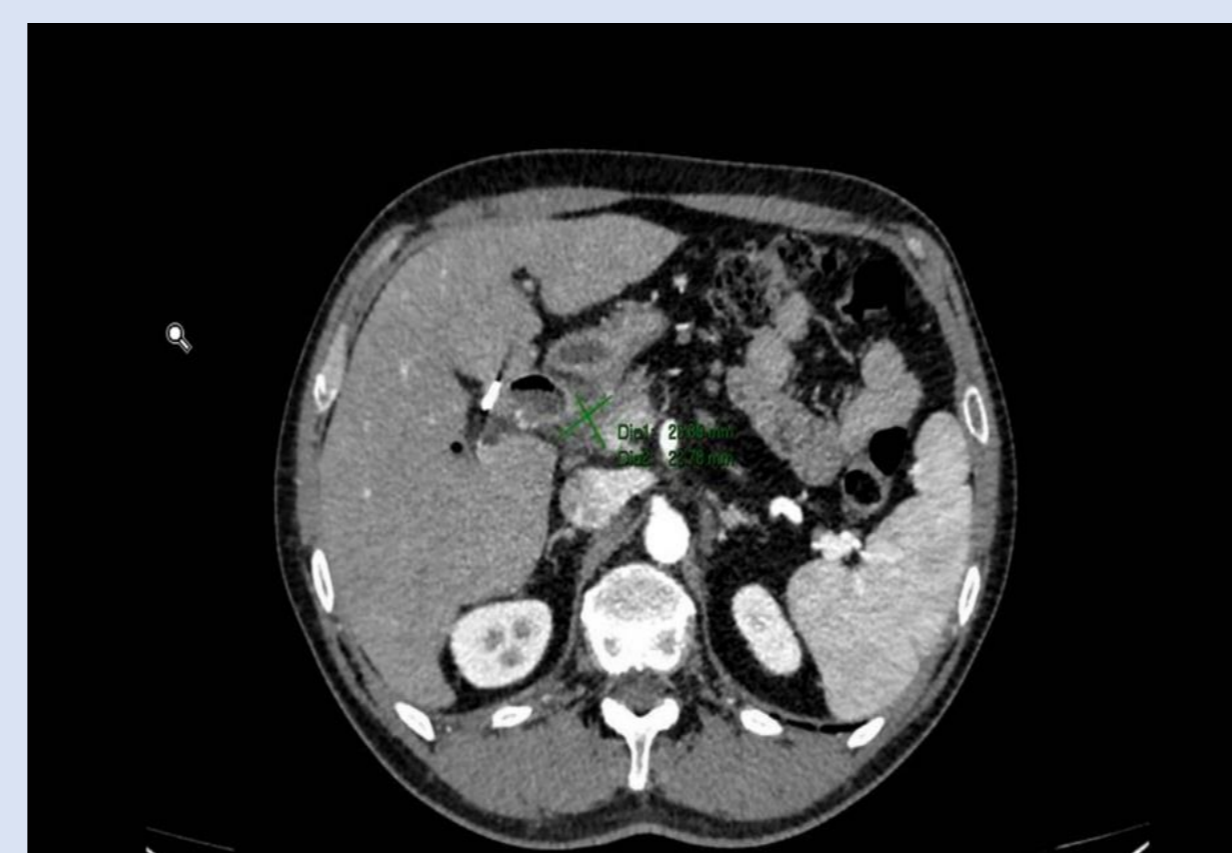
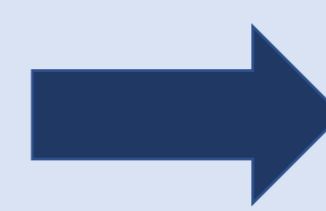
Tras la intervención se descarta tratamiento adyuvante, por el deterioro clínico y la controvertida evidencia (7). En los TACs de reevaluación se sigue observando un aumento de la cantidad de líquido libre intrabdominal y disminución del calibre de los vasos del área quirúrgica por cambios posquirúrgicos sin poder descartar progresión.

Ha tenido nuevos episodios de HDA, secundarios a la hipertensión portal asociada a la reconstrucción vascular. Se ha retirado la anticoagulación y se ha añadido octeotride.

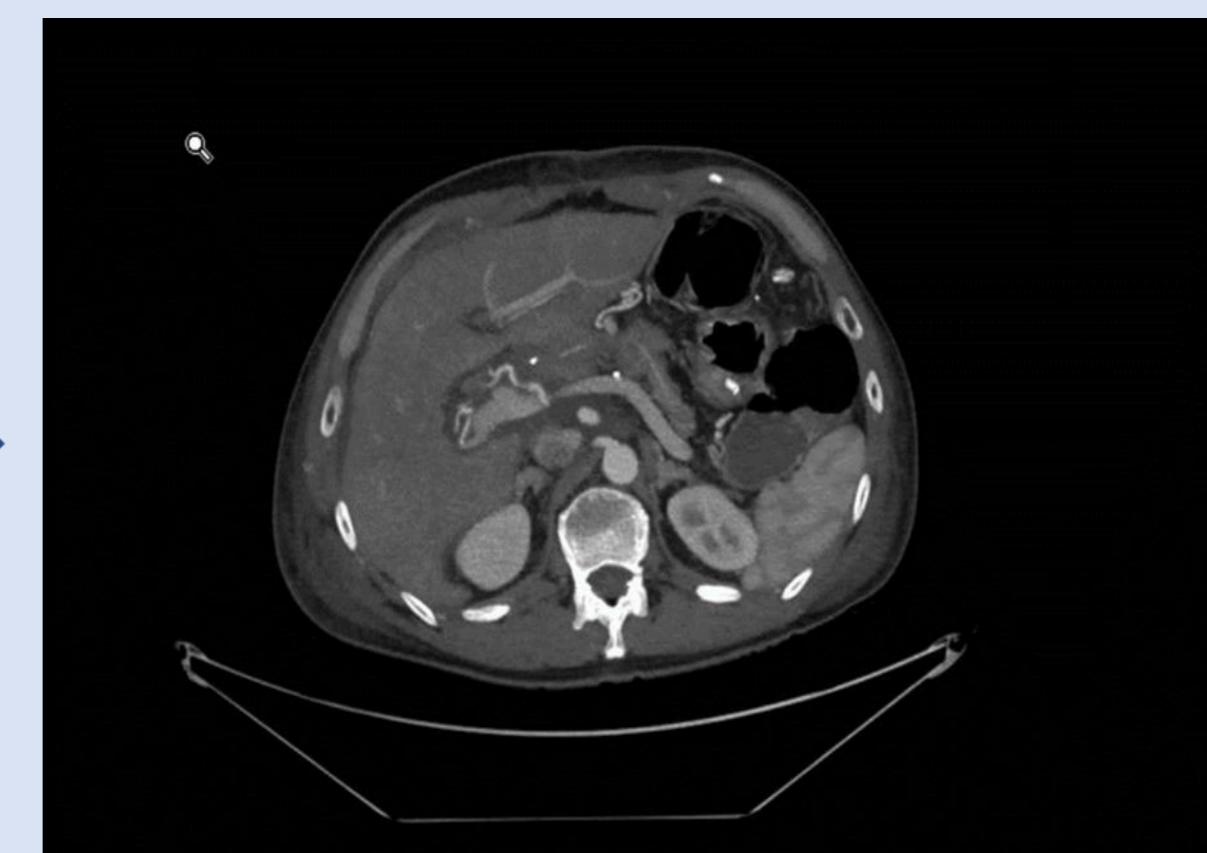
A finales de octubre 2022 el caso es abordado en comité quirúrgico decidiendo portografía percutánea transparietohepática y estudio de la hipertensión portal, donde detallan la oclusión proximal de vena esplénica que podía justificar la hipertensión portal. Tras intentos fallidos de recanalizar la oclusión desde vía hepática consideran la posibilidad de abordarlo desde vía transeplénica, finalmente se continuará con control clínico, y se planteará si nuevo episodio hemorrágico.



1. Neoplasia de páncreas T4 N0 M0.



2. Tras QT y RT precirugía .Buena evolución radiológica.



3. Reevaluación posquirúrgica . Permeabilidad arterial y esplenoportal.

DISCUSIÓN

La DPC con reconstrucción vascular debe considerarse un abordaje estándar para los adenocarcinomas pancreáticos que involucran focalmente la VP o la VMS, sin embargo la afectación arterial de la AH, AMS o incluso el Tronco Celiaco, limita la posibilidad de cirugía R0 y solo puede ser llevada a cabo en centros de elevada experiencia, con técnicas complejas.(8-13)

La reconstrucción venosa se puede realizar mediante sutura lateral, anastomosis término-terminal o mediante colocación de injerto. Normalmente la intercalación de la vena yugular interna autóloga facilita la resección y minimiza los fenómenos de estasis venosa.(14)

Es importante destacar la presencia de un buen comité multidisciplinar y un equipo quirúrgico experto con audacia, seguridad y capacidad para llevar a cabo esta intervención que involucra la resección y reconstrucción vascular.(14)

BIBLIOGRAFÍA

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN clinical practice guidelines in oncology. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls (Accessed on May 18, 2022).
- Seufferlein T, Bachet JB, Van Cutsem E, et al. Pancreatic adenocarcinoma: ESMO-ESDO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2012; 23 Suppl 7:viii33.
- Balaban EP, Mangu PB, Khorana AA, et al. Locally Advanced, Unresectable Pancreatic Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol 2016; 34:2654.
- Younan G, Tsai S, Evans DB, Christians KK. Techniques of vascular resection and reconstruction in pancreatic cancer. Surg Clin North Am [Internet]. 2016;96(6):1351-70.
- Versteijne E, van Dam JL, Suker M, et al. Neoadjuvant Chemoradiotherapy Versus Upfront Surgery for Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Cancer: Long-Term Results of the Dutch Randomized PREOPANC Trial. J Clin Oncol 2022; 40:1220.
- Bacalbasa N, Balescu I, Vilcu M, Dima S, Iliescu L, Brezean I, et al. Superior mesenteric and portal vein reconstruction with cadaveric allograft during pancreatoduodenectomy - A case report and literature review. 2020 ;34(2):787-91.
- Spitz FR, Abbruzzese JL, Lee JE, et al. Preoperative and postoperative chemoradiation strategies in patients treated with pancreatoduodenectomy for adenocarcinoma of the pancreas. J Clin Oncol 1997; 15:928.
- Kuhlmann KFD, de Castro SMM, Wesseling JG, ten Kate FJW, Offerhaus GJA, Busch ORC, et al. Surgical treatment of pancreatic adenocarcinoma; actual survival and prognostic factors in 343 patients. Eur J Cancer [Internet]. 2004 ;40(4):549-58.
- Neoptolemos JP, Stocken DD, Dunn JA, et al. Influence of resection margins on survival for patients with pancreatic cancer treated by adjuvant chemoradiation and/or chemotherapy in the ESPAC-1 randomized controlled trial. Ann Surg 2001; 234:758-10.Richter A, Niedergethmann M, Sturm JW, et al. Long-term results of partial pancreatoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the pancreatic head: 25-year experience. World J Surg 2003; 27:324.
- Kuhlmann KF, de Castro SM, Wesseling JG, et al. Surgical treatment of pancreatic adenocarcinoma; actual survival and prognostic factors in 343 patients. Eur J Cancer 2004; 40:549.
- Sanjay P, Takaori K, Govil S, et al. 'Artery-first' approaches to pancreatoduodenectomy. Br J Surg 2012; 99:1027.
- Evans DB, Farnell MB, Lillemoe KD, et al. Surgical treatment of resectable and borderline resectable pancreas cancer: expert consensus statement. Ann Surg Oncol 2009; 16:1736.
- Manzanet G, Suelves C, Trías A, Calderón R, Morón R, Corell R, et al. Duodenopancreatectomía cefálica con reconstrucción venosa portomesentérica. Aspectos técnicos. Cir Esp 80(2):105-8