

NOTA PRÉVIA

UTILIZAÇÃO DA VEIA ESPLÊNICA PARA RESTABELEECER O FLUXO SANGÜÍNEO MESENTÉRICO-PORTA APÓS RESSECÇÃO DE VEIA MESENTÉRICA SUPERIOR DURANTE DUODENOPANCREATECTOMIA

USE OF SPLENIC VEIN FOR THE RECONSTRUCTION OF THE MESENTERIC-PORTAL FLOW AFTER MESENTERIC SUPERIOR VEIN RESECTION DURING PANCREATODUODENECTOMY

José Huygens Parente Garcia, TCBC-CE¹
Jansen de Sousa Gomes, ACBC-CE²
Carmen Cecília Guilhon Lôbo³

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça de pâncreas continua a despertar grande interesse dos cirurgiões, visto que é uma doença comum e geralmente fatal, sendo a duodenopancreatectomia o único tratamento com potencial de cura. Recentemente, alguns serviços têm relatado diminuição de sua morbimortalidade com sobrevida de cinco anos em torno de 20 %¹.

O índice de ressecabilidade do carcinoma pancreático é da ordem de 10% a 20%, devido à presença de doença localmente avançada ou de metástases a distância por ocasião do diagnóstico.² Invasão da confluência veia mesentérica superior — veia porta é freqüentemente considerada uma contra-indicação para ressecção pancreática. No entanto, alguns autores mostraram que quando o envolvimento venoso é em função da localização do tumor e não de doença avançada, segmentos do sistema venoso mesentérico-porta podem ser ressecados com segurança durante uma duodenopancreatectomia³.

Os métodos de diagnóstico pré-operatório não têm boa acurácia na avaliação dos vasos retropancreáticos e especialmente do confluente venoso mesentérico-porta. Desta forma, o cirurgião muitas vezes é surpreendido du-

rante o ato operatório pela invasão destes vasos, devendo estar apto a ressecá-los.

O objetivo principal deste trabalho é apresentar a reconstrução do fluxo mesentérico, após ressecção em bloco pancreatoduodenal e de veia mesentérica superior, pela transposição de veia esplênica.

TÉCNICA

A ressecabilidade de tumores em que há envolvimento vascular tem sido alvo de vários estudos. O percentual de margens com comprometimento tumoral nestas ressecções é elevado e a melhoria de sobrevida em tempo ou qualidade, ainda não está bem estabelecida.

Baulieux et al. ao analisarem 20 casos de pacientes com doença não avançada, mas com invasão aparente do confluente venoso mesentérico-portal, obtiveram margens livres em 16 casos, com sobrevida média de 11 meses.³

Harisson et al. comparam 58 pacientes com diagnóstico de envolvimento isolado da veia porta em que foi realizada pancreatectomia com ressecção vascular, com 274 pacientes submetidos à ressecção curativa de adenocarcinoma pancreático sem ressecção vascular. A sobrevida média no primeiro grupo (13 meses) foi estatisticamente

-
1. Professor Assistente da Disciplina de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da UFCE. Mestre em Farmacologia da UFCE.
 2. Cirurgião do Serviço de Transplante Renal do Hospital Universitário Walter Cantídio da Faculdade de Medicina da UFCE.
 3. Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Walter Cantídio da Faculdade de Medicina da UFCE.

Recebido em 31/8/2000

Aceito para publicação em 18/1/2001

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral Hospital Universitário Wálter Cantídio da Universidade Federal do Ceará — UFCE.

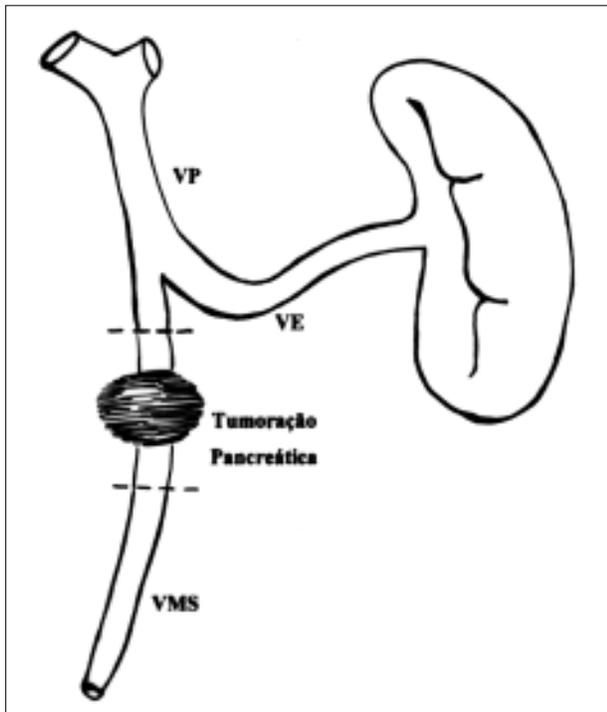


Figura 1 — Segmento da veia mesentérica superior (VMS) ressecado; veia porta (VP); veia esplênica (VE).

semelhante à encontrada no grupo sem ressecção vascular (17 meses). O percentual de margens de ressecção comprometidas também foi semelhante nos dois grupos².

Após ressecção de até 2cm de VMS, é possível a anastomose primária terminoterminal. Ressecções mais extensas necessitam do uso de enxertos autólogos ou heterólogos. Alguns autores utilizaram com sucesso a interposição de veia jugular interna⁴. No entanto, este procedimento tem como fator limitante a necessidade de uma ampla cervicotomia.

Launois et al. ressecaram segmentos de veia porta em 14 pacientes, sendo possível anastomose primária em dez casos; nos outros quatro casos, houve necessidade da interposição de enxertos (dois enxertos de veia íliaca e duas próteses vasculares sintéticas)⁵. As próteses sintéticas adequadas para estas anastomoses não estão disponíveis em muitos hospitais e têm elevado custo.

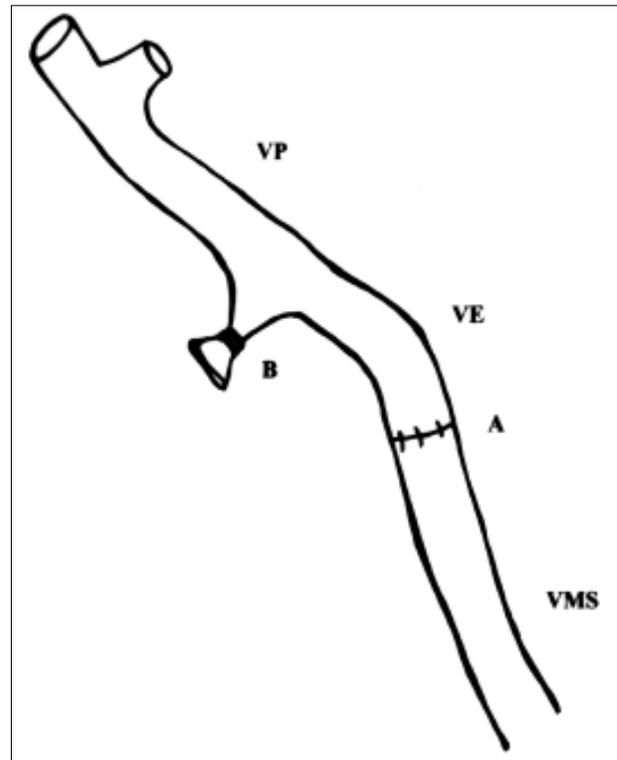


Figura 2 — A) Anastomose esplenomesentérica terminoterminal após esplenectomia; B) Coto da veia mesentérica superior (VMS) ligado; veia porta (VP); veia esplênica (VE).

A veia esplênica tem diâmetro semelhante a VMS e é dissecada facilmente durante a duodenopancreatectomia, sem precisar intervir em outro sítio anatômico. Outra vantagem é a realização de uma única anastomose (Figura 2), ao contrário de outros enxertos venosos ou próteses sintéticas em que são realizadas duas anastomoses. Esta técnica tem como principal desvantagem a obrigatoriedade da esplenectomia com risco aumentado de infecção, que pode ser compensada com a vacinação contra bactérias encapsuladas.

Os autores concluem que a veia esplênica é uma boa opção para reconstrução do fluxo portal quando se faz necessária ressecção extensa da VMS durante uma duodenopancreatectomia.

ABSTRACT

Superior mesenteric vein invasion has historically been considered a contraindication for pancreatic cancer resection. Several studies have shown that in selected cases vascular resection can be performed safely. Many techniques have been used to reconstruct the venous flow. We describe one case of mesenteric superior vein resection and reconstruction of mesenteric-portal venous flow using the splenic vein during a pancreatoduodenectomy for pancreatic adenocarcinoma. The patient presented an extensive involvement of the superior mesenteric vein. A segmental resection with an end-to-end anastomosis of this vein and the splenic vein was accomplished after splenectomy. The patient had histologically confirmed negative margins. There was no hospital complications. These results show that the splenic vein can be an option for venous flow reconstruction when a segmental vascular resection is required during a pancreaticoduodenectomy.

Key Words: Adenocarcinoma; Pancreatic neoplasms; Mesenteric veins; Pancreatoduodenectomy; Anastomosis; Neoplasm invasiveness; Splenic vein.

REFERÊNCIAS

1. Cameron JL, Pitt HA, Yeo CJ et al. One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality. *Ann Surg* 1993; 217: 430-38.
2. Harisson LE, Klimstra DS, Brennan MF. Isolated portal vein involvement in pancreatic carcinoma. A contraindication for resection? *Ann Surg* 1996; 224: 342-49.
3. Baulieux J, Adham M, Oussoultzoglou E et al. Is pancreatectomy with resection of the retro-pancreatic vessels for cancer justified? (La pancréatectomie pour cancer avec résection des vaisseaux rétropancréatiques, est-elle justifiée?) *Chirurgie* 1998; 123: 438-44
4. Furhman GM, Leach SD, Staley CA et al. Rationale for en bloc vein resection in the treatment of pancreatic adenocarcinoma adherent to the superior mesenteric-portal vein confluence. *Ann Surg* 1996; 223:154-62.
5. Launois B, Stasik C, Bardaxoglou E et al. Who benefits from portal vein resection during pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer? *World J Surg* 1999; 23: 926-29.

Endereço para correspondência:
Dr. José Huygens Parente Garcia
Rua: Leonardo Mota, 1750/700 — Aldeota
60170-041 — Fortaleza-CE
E-mail: huygens@secrel.com.br