

TECNICA QUIRURGICA

Vías de abordaje de la arteria mesentérica superior

Dres. Alicia Lucinschi y Pablo Matteucci

La arteria mesentérica superior se puede abordar por vías abdominales y toracoabdominales.

Los autores exponen los principales detalles de cada procedimiento, destacándose las ventajas de cada uno.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Meseric Arteries / Surgery.

Clásicamente se describen cuatro vías de abordaje de la arteria mesentérica superior, dos abdominales y dos de abordaje combinado, tóraco - abdominal.

La vía abdominal, preferida en la cirugía de urgencia (2), permite el tratamiento de las lesiones arteriales y eventualmente actuar con comodidad sobre el intestino comprometido.

La vía combinada tóraco - abdominal izquierda (12, 13) y la vía retroperitoneal de Jackson permiten abordar al mismo tiempo la arteria mesentérica superior, el tronco celiaco y la aorta abdominal alta (9), pero no ofrecen, sobre todo esta última, posibilidades de actuar sobre el intestino, por lo que se reservan fundamentalmente para la cirugía de revascularización de elección.

VÍAS DE ABORDAJE ABDOMINAL

En ambas —vías pre y subduodenal e interduodeno - pancreática— se utiliza la laparotomía mediana xifopúbica:

a) La exposición de la arteria en su pasaje pre y subduodenal se hace por vía inframesocolónica, para lo que es necesario traccionar el colon y mesocolon transversos hacia arriba, quedando expuesta en esta forma la raíz del mesenterio (5, 6). Traccionando levemente la primer asa yeyunal hacia abajo y a la derecha resalta en el borde derecho del mesenterio, tenso, el pedículo mesentérico superior, por debajo del borde inferior del páncreas y por encima de la tercera porción del duodeno (4) (fig. 1).

La palpación entre ambas hojas del mesenterio reconoce el pedículo mesentérico superior, siendo la primera la que primero se ofrece; la

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi) y Dpto. de Emergencia (Prof. G. Ríos - Bruno).

arteria se sitúa a un través de dedo a la izquierda y, por detrás de la vena.

Una incisión en la hoja mesentérica (5, 8) permite su exposición justo por debajo del origen de la cólica superior derecha; la disección para realizar el procedimiento que se elija (embolectomía, trombectomía, reimplante, by pass) debe extenderse hasta la identificación de las primeras cuatro o cinco ramas yeyunales (a su izquierda) y la cólica media (a su derecha).

b) La vía interduodeno pancreática es la que permite el acceso al tronco de la arteria.

Se aborda la arteria entre el borde inferior del páncreas y la tercera porción del duodeno.

Desde ese punto se prosigue la disección hacia arriba en dirección a su porción retropancreática, para lo cual es necesario desinsertar la raíz del mesocolon transversos y seccionar de izquierda a derecha el pequeño músculo de Treitz, descendiendo así el ángulo duodeno - yeyunal.

Se reclina el cuerpo pancreático hacia arriba y generalmente las vinculaciones laterales del bazo y el ángulo esplénico se pueden liberar disecándose luego a lo largo de la fascia retropancreática (1, 3, 7, 11). En esta región la disección se ve muy dificultada por los voluminosos elementos venosos que rodean la arteria (fig. 2) y los plexos simpáticos, colectores y ganglios linfáticos que constituyen un ambiente peri - arterial muy adherente.

Hay autores (6) que indican el clampeo y sección de la vena mesentérica superior en forma sistemática para lograr la mejor exposición arterial.

La vena renal izquierda debe inclinarse hacia arriba.

Se llega así, luego de laboriosa disección, al segmento proximal de la arteria y la cara anterior de la aorta.

VÍA TORACO - ABDOMINAL IZQUIERDA

La incisión será una mediana que a partir del ombligo se prolonga por una oblicua en dirección al décimo cartílago costal (tóraco - freno - laparotomía), secciona el cartílago y toracotomía anterolateral izquierda, colocando el paciente en decúbito lateral derecho.

El primer tiempo consiste en realizar un gran decolamiento posterior, para reclinar el

Presentado al Forum del XXX Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, noviembre de 1979.

Asistente de Clínica Quirúrgica y Profesor Adscripto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Piedras de Afilar Nº 4791, Montevideo (Dra. A. Lucinschi).

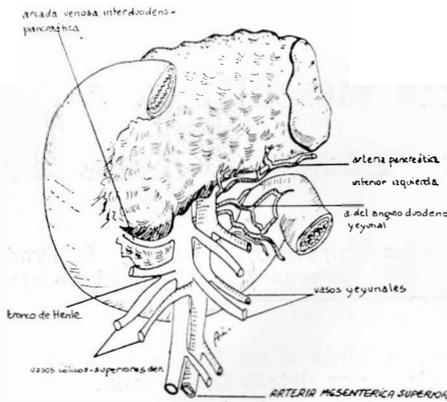


FIG. 1.— Vasos mesentéricos superiores en su segmento pre y subduodenal.

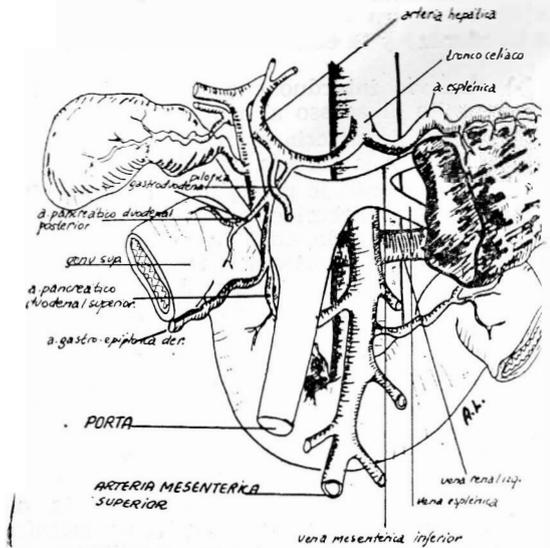


FIG. 2.— Relación de la arteria mesentérica superior con los gruesos troncos venosos retroperitoneales. (Modif. de Paturet, *Traité d'Anatomie Humaine*)

contenido abdominal y la masa renal hacia adelante y a la derecha.

Se descubre el borde lateral de la aorta, ofreciéndose primero la arteria renal izquierda, luego aparecen la cara anterior de la aorta, el tronco celiaco y la mesentérica superior.

VIA ANTEROLATERAL IZQUIERDA RETROPERITONEAL DE JACKSON

Con el paciente en decúbito semilateral derecho, la incisión comienza a nivel del cuello de la onceava costilla, sigue la dirección de la misma hasta su extremidad anterior y termina en la cresta iliaca atravesando el flanco.

Se incinden los músculos anchos penetrando en el espacio retroperitoneal desde la onceava costilla a la bifurcación aórtica.

Se aísla la arteria renal izquierda y se expone la arteria mesentérica superior, disecando sus primeros cinco o siete centímetros (fig. 3).

COMENTARIOS

La vía de abordaje pre y subduodenal es la de más rápida realización. El segmento de arteria expuesto dista unos cinco o seis centímetros del ostium aórtico por lo que es de elección únicamente en la cirugía de urgencia en caso de obstrucción embólica, ya que los procedimientos de embolectomía no requieren el dominio del ostium (3, 7) (fig. 4).

La vía interduodeno-pancreática permite la exposición de la arteria desde su origen aórtico por lo que sería la vía ideal para la realización de la tromboendarterectomía.

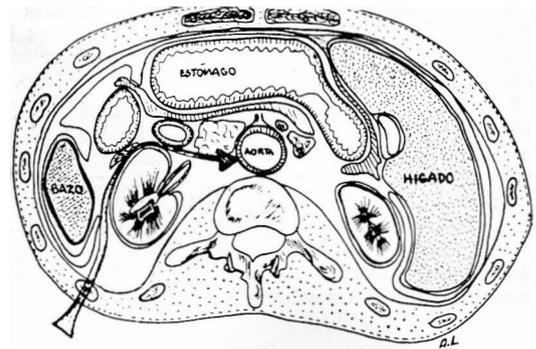


FIG. 3.— Abordaje retroperitoneal; corte esquemático a la altura del origen de la arteria mesentérica superior

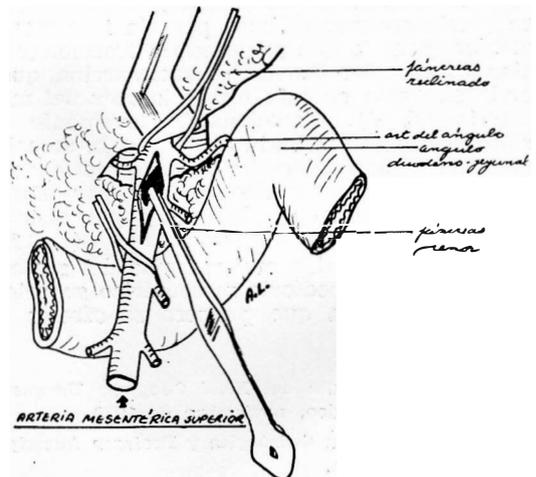


FIG. 4.— Trombectomía por vía pre y subduodenal.

Como desventajas para la cirugía de urgencia son la laboriosa disección que requiere y el control arterial suele ser precario (7, 10).

La vía retroperitoneal y la vía tóracoabdominal izquierda son muy poco usadas en la Emergencia, pero son de preferencia para la revascularización simultánea del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior.

Las vías de abordaje simultáneo exponen mucho más ampliamente la aorta y el origen de la arteria pero no permiten en caso de obliteración aguda de la arteria el tratamiento simultáneo de las lesiones intestinales.

En caso de tromboectomía parecería indispensable el abordaje retroduodenopancreático de la arteria.

En caso de embolectomía, by pass o reimplante, en la cirugía de urgencia el abordaje pre subduodenal parece ser el más sencillo y de más rápida realización.

RES ME

Voies d'accès de l'artère mésentérique supérieure

L'artère mésentérique supérieure peut être abordée par les voies abdominales et thoracoabdominales. Les auteurs exposent les principaux détails de chaque procédé, en mettant en relief les avantages de chacun.

S MMARY

Approach of Superior Mesenteric Artery

Abdominal and thoracoabdominal approaches to the superior mesenteric artery are both valid. The authors

describe each procedure in detail and list the advantages of each.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERGAN JJ. Recognition and treatment of intestinal ischemia. *Surg Clin North Am*, 47: 109, 1967.
2. DEL CAMPO JC. Cirugía de los vasos mesentéricos superior e inferior. 21ª sesión para graduados. *Clin Quir B*, 2: 1957.
3. DESCOTES J, MIKAELOFF P. Chirurgie de l'artère mésentérique. *Encycl. Méd.-Chir.* 3.14.02. T.C. Vasculaire 43100. Paris.
4. DIAZ LF, PRADERI L, ORMAECHEA C. Falso aneurisma traumático de la arteria mesentérica superior abierto en duodeno. *Cir Uruguay*, 29: 61, 1958.
5. GUSBERG R, GUMP FE. Combines surgical and nutritional management of patients with acute mesenteric vascular occlusion. *Ann Surg*, 179: 358, 1974.
6. HERSHEY FB, CALMAN CM. Operations of the abdominal visceral arteries. En: "Atlas of vascular surgery". St. Louis. Mosby, 1973.
7. HIVET M, POILLEUX J. Chirurgie de la artère mésentérique supérieure. *Encycl. Méd.-Chir.*, T. C. Chirurgie vasculaire, 4.1.10, 43107. Paris.
8. MATTEUCCI P, BOUTON J, CANESSA G. Embolectomía mesentérica de urgencia. *Cir Uruguay*, 44: 204, 1974.
9. MORRIS GC, DE BAKEY ME, CRAWFORD S, COOLEY D. Revascularization of the celiac and superior mesenteric arteries. *Arch Surg*, 84: 95, 1962.
10. NORDLINGER B, COSSA JF, GARBAY M. Infarctus entéro-mésentérique et insuffisance artérielle chronique du territoire mésentérique supérieur. *Encycl. Méd.-Chir.* Estomach-Intestin. 11-1976. 9047 A-10 9047 A-20. Paris.
11. ROB C. Surgical disease of the celiac and mesenteric arteries. *Arch Surg*, 93: 21, 1966.
12. STONEY RJ, WYLIE EJ. Recognition and surgical management of visceral ischemic syndromen. *Ann Surg*, 164: 714, 1966.
13. SZILAGYI DE, RIAN RL, ELLIOTT JP, SMITH RF. The celiac artery compression syndrome: Does it exist? *Surgery*, 72: 849, 1972.