



V-029 - Torniquete en la LÍNEA de Cantlie tras fracaso de embolización portal derecha

V. López, R. Robles, A. López, R. Brusadin, P. Jimeno, V. Olivares, C. García y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: Con los métodos de oclusión portal clásicos existen algunos pacientes con fracaso de la regeneración hepática incluso pasado unas semanas o meses. Recientemente se han desarrollado nuevas técnicas de regeneración como el ALPPS (Associated Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy) que permiten la realización de resecciones hepáticas extensas en dos tiempos.

Objetivos: Presentar el caso de una embolización portal derecha que no consiguió una hipertrofia del volumen hepático residual suficiente, siendo necesario el rescate con nuestra técnica original.

Caso clínico: Mujer de 60 años, obesa y diabética. Fue diagnosticada de tumor neuroendocrino de la primera porción duodenal con metástasis hepáticas, la mayor de 10 cm en lóbulo hepático derecho (LHD). Se realiza volumetría hepática basal antes de la 1º intervención: VHT de 2.100 ml y VFR de 586 ml (27,9%). Se interviene de forma programada hallando hepatomegalia con hígado macroscópicamente esteatósico, nódulo de 0,5 cm en segmento III que se reseca. Se evidencia gran LOE de 10 cm en LHD con zona de necrosis central. Se realiza exéresis de tumoración de 1 cm en primera porción duodenal. No se realiza otro acto quirúrgico en esta cirugía, decidiéndose embolización portal derecha percutánea al 5º día po. En la TAC de control a las 4 semanas de la embolización, se evidencia necrosis tumoral y un VHT de 2.200 cc y un VFR de 750 cc (34%). Se decide intervención quirúrgica hallando metástasis de gran tamaño en LHD que contacta con suprahepática derecha y pequeño nódulo en seg IV que se reseca. Dado el aspecto esteatósico y el VFR se decide colocación de torniquete en línea de Cantlie para hipertrofiar el LHI y realizar hepatectomía en dos tiempos. Para evitar adherencias de cara a la segunda intervención se envuelve el LHD en bolsa de plástico estéril para conservación de órganos colocando un drenaje blake aspirativo en su interior. A los 7 días de la colocación del torniquete se realiza volumetría de control con VHT de 2.390 cc y VFR de 960 cc (40%). Con estos datos volumétricos se realiza el segundo tiempo del torniquete hallando bolsa con contenido líquido en lóbulo hepático derecho que se retira y se toma cultivo. El flujo portal basal es de 9 cc/segundo. Se realiza hepatectomía derecha reglada con sección de vena suprahepática derecha con GIA vascular. La paciente evoluciona favorablemente siendo alta al 7º día postoperatorio.

Discusión: El desarrollo de las nuevas técnicas de regeneración hepática se presenta como una alternativa eficaz de rescate en aquellos pacientes en los que la embolización portal percutánea no consigue una suficiente regeneración hepática.