



## V-071 - CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA Y PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA PORTAL PARA EL TRATAMIENTO DE METÁSTASIS HEPÁTICA

Pardo Aranda, Fernando; Senti, Sara; Cremades, Manel; Navines, Jordi; Zárate, Alba; López, Laura; Espín, Francisco; Cugat, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El término cirugía hepática extrema (CHE) se utiliza para resecciones hepáticas mayores en las que la neoplasia compromete las tres venas suprahepáticas y/o el confluente hepatocaval. Esto obliga al control de la vena cava, realizar una exclusión vascular total con by-pass veno-venoso y en ocasiones perfusión hipotérmica portal *in situ*. Presentamos un caso de metástasis hepática metacrónica de cáncer colorrectal en la que se realizó dicha técnica.

**Caso clínico:** Mujer de 61 años diagnosticada en 2010 de adenocarcinoma de sigma tras cuadro oclusivo que se resolvió con endoprótesis, sigmoidectomía laparoscópica posterior y quimioterapia. AP definitiva: adenocarcinoma de bajo grado T4N2M0. En 2017 presentó recidiva a nivel de la anastomosis previa, por lo que se realizó una colectomía total con anastomosis iliorectal y 12 ciclos de quimioterapia complementaria tipo LV5FU. Presenta en 2020 recidiva a nivel hepático, hallando en TC toracoabdominal nódulo hipodenso adyacente a vena cava inferior, de 27 mm, que se confirma mediante PET TC y RM hepática. Tras presentar en Comité Multidisciplinar, inicia quimioterapia en esquema FOLFIRI y bevacizumab. En RM de control, se observa lesión focal hepática de 30 x 29 x 27 mm, situada en profundidad del segmento VIII, y que contacta con la vena cava intrahepática y las venas supra hepáticas media y derecha. Se realiza una volumetría hepática que informa de un lóbulo hepático izquierdo de 264 cc, lóbulo hepático derecho de 1.260 cc y volumen de la lesión de 13,4 cc. Se considera tributaria de resección extrema hepática mediante control vascular total y bypass veno-venoso, realizándose hepatectomía izquierda ampliada con reconstrucción de vena supra hepática derecha. Mediante incisión en J de Makuuchi, se realiza movilización completa hepática y referencia de vena cava a nivel proximal y distal. Disección del hilio hepático y ligadura y sección de arteria hepática izquierda y vía biliar izquierda. Posteriormente se realiza sección de porta izquierda con carga vascular Echelon PVS. Canulado y cardioplegia a nivel de vena porta izquierda para perfusión de solución de preservación (Custodiol), salida por VCI por debajo de VSH. Se canula posteriormente vena femoral izquierda y rama yeyunal distal de vena mesentérica inferior. Clampaje de vena cava infrahepática y suprahepática, con infusión de Custodiol por vena porta. Inicio de bomba de circulación extracorpórea, con buena tolerancia. Transección hepática con CUSA y Aquamantys, ligando ramas vasculares con Vycril de 2/0 y 3/0. Sección de VSH izquierda con Echelon PVS, completando hepatectomía izquierda ampliada con by-pass veno-venoso, exclusión vascular total y perfusión hipotérmica portal. Sección de VSH derecha a nivel intrahepático y anastomosis T-L de VSH a VCI con PDS 5/0 y *growth factor*.

**Discusión:** La CHE es una opción terapéutica válida que debe ser considerada en un grupo de pacientes seleccionados, cuando ninguna otra opción de tratamiento puede ser realizada. La CHE ofrece la opción resectiva frente a otros tratamientos, a priori, menos efectivos, pese a ello comporta una alta tasa de morbimortalidad y requiere de experiencia previa amplia así como de tecnología específica adaptada a esta cirugía.