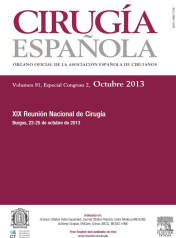




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-09 - HEPATECTOMÍA EN DOS TIEMPOS CON PARTICIÓN HEPÁTICA IN SITU Y LIGADURA PORTAL

M.E. Gámez Córdoba, B. Sánchez Pérez, J. Santoyo Santoyo, B. García Albiach, M.A. Suárez Muñoz, J.L. Fernández Aguilar, J.A. Blanco Elena y C. Rodríguez Silva

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El desarrollo de las técnicas quirúrgica ha permitido llevar a cabo resecciones hepáticas muy extensas. Sin embargo, el factor limitante de las mismas es el volumen remante hepático. Actualmente disponemos de diferentes técnicas para conseguir aumentar este volumen hepático: embolización portal, ligadura portal quirúrgica y cirugía en dos tiempos asociada a otras técnicas (RF, etc.). La ausencia de regeneración adecuada y/o la posible progresión tumoral son los principales fracasos de estas técnicas. Un nuevo concepto técnico surge hoy en día, basado en la partición hepática in situ y ligadura portal derecha. Presentamos un caso de hepatectomía derecha ampliada en dos tiempos con ligadura portal derecha y split in situ, por metástasis hepáticas de adenocarcinoma de sigma.

Caso clínico: Mujer 48 años diagnosticada de neoplasia de sigma asintomática estadio IV con metástasis hepáticas bilobares y pulmonares. Se comenzó con tratamiento QT neoadyuvante de inducción (8 ciclos, con Folfiri + bevacizumab), obteniendo una disminución de marcadores tumorales y respuesta parcial de las LOEs hepáticas y completa de las pulmonares. En el comité oncológico se decidió una terapia inversa: Cirugía en dos tiempos de las metástasis hepáticas y posteriormente cirugía del primario. La volumetría hepática prequirúrgica de los seg. I, II y III fue de 308 ml (BWR 0,5) Intraoperatoriamente confirmamos con ecografía las LOEs hepáticas múltiples localizadas en LHD y seg. IV, así como dos LOEs en seg. II-III apoyadas sobre el pedículo portal izquierdo. El primer gesto fue la resección de las lesiones localizadas en lóbulo hepático izquierdo. Disección y sección intraglissoniana de vena porta derecha, preservando y dejando marcadas con una cinta vascular la arteria y vía biliar derechas. La transección hepática, previa ?maniobra de hanging?, mediante disector ultrasónico (CUSA®) y hidro-coagulador bipolar (Aquamantis®). Sección de la VSH media con endograpadora, y aislamiento y marcado de la VSH derecha con cinta vascular. El procedimiento se finalizó con la liberación de todo el LHD y colocación de una lámina de plástico entre ambas superficies de transección para asegurar la ausencia de contacto entre las mismas. Se dejó un drenaje intraabdominal de tipo aspirativo. La evolución postoperatoria fue favorable y sin complicaciones. La volumetría poscirugía presentó un volumen de 393 ml (BWR 0,66) A los 10 días se realizó la segunda cirugía, confirmando la hipertrofia del hígado remanente. Se llevó a cabo la sección de arteria y vía biliar derecha con ligaduras y puntos de transfixiantes. La VSH derecha se sección con endograpadora. No se dejó drenaje en esta ocasión. Fue alta a los 5 días sin complicaciones.

Conclusiones: Esta técnica supone un avance reciente importante en la cirugía oncológica hepática. Permite resecciones R0 en pacientes con enfermedad tumoral hepática primaria o metastásica avanzada o de localización desfavorable, inicialmente irresecables. Realizada de forma correcta y en unidades

especializadas en cirugía hepatobiliar se obtiene una rápida regeneración hepática, evitando los inconvenientes de otras técnicas de cirugía en dos tiempos (progresión tumoral o fracaso de la regeneración) sin asociar un aumento de la morbilidad.