



## V-55 - TRANSECCIÓN HEPÁTICA IN SITU

C. Basés Valenzuela, J. Mir Labrador, C. Martínez Pérez, E. Artigues Sánchez de Rojas, P. Albors Bagá y R. Fabra Ramis

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

### Resumen

El tratamiento quirúrgico es la mejor opción para aumentar la supervivencia de los pacientes con tumores hepáticos primarios o secundarios. Disponer de un futuro remanente suficiente es fundamental para evitar la insuficiencia hepática postoperatoria. Así, el fallo hepático postoperatorio resultado de un remanente hepático insuficiente; es la complicación más grave en los pacientes sometidos a una resección extensa. La embolización portal, mediante radiología intervencionista o intraoperatoria es, hasta el momento; el procedimiento más utilizado para alcanzar la reseabilidad en estos casos extremos. Asociar, la partición hepática con la ligadura portal para llevar a cabo una hepatectomía en dos tiempos, es una nueva técnica para el abordaje de pacientes cuyo tumor se considera inicialmente irreseccable. En nuestro vídeo presentamos el caso de un paciente varón de 56 años con metástasis hepáticas múltiples secundarias a un adenocarcinoma de recto superior. Se trata de un tumor de recto T3-T4 N0 M1, con metástasis hepáticas sincrónicas en ambos lóbulos. El TC de extensión muestra imágenes sugestivas de metástasis en todos los segmentos excepto el 6. Tras 6 ciclos de quimioterapia neoadyuvante, con buena respuesta a la misma; se decide cirugía secuencial inversa; considerando al paciente irreseccable durante la intervención inicial al observar una lesión en contacto con la vena porta izquierda (no conocida previamente) y afectación de las venas hepáticas media y derecha. Tras 36 ciclos de quimioterapia posteriores, existe respuesta favorable de la lesión izquierda comentada previamente, y aparece sintomatología adversa secundaria a la quimioterapia; decidiéndose entonces cirugía hepática de rescate mediante transección hepática in situ. El TC volumétrico muestra un volumen del 34% para los segmentos 2-3 y 4. El procedimiento se lleva a cabo en dos tiempos. Durante el primero, se realiza la sección de la rama derecha de la vena porta, manteniendo íntegras y referenciadas arteria hepática derecha, vía biliar derecha y vena suprahepática derecha. Continuamos con la transección del parénquima hepático correspondiente a una hepatectomía derecha y dicho parénquima queda envuelto en una bolsa de plástico. En este primer tiempo actuamos sobre las lesiones del hígado izquierdo, con resecciones limitadas y radiofrecuencia. Realizado esto, se cierra el abdomen dejando drenaje en lecho. El segundo tiempo se lleva a cabo tras un TC volumétrico que realizamos el 8º día, y que objetiva un volumen del 39,9% para el futuro remanente. Retiramos la bolsa de plástico que contiene el hígado derecho atrófico y seccionamos, la arteria hepática derecha, la vía biliar derecha y la vena suprahepática derecha; completando la hepatectomía derecha en este momento. Se realiza cierre sin colocar drenaje intraabdominal. Este nuevo procedimiento en dos tiempos que implica, ligadura y sección de rama porta derecha con transección hepática in situ concomitante, induce un crecimiento rápido del futuro remanente hepático; que nos permite resecciones R0 en pacientes que, de otro modo, serían considerados irreseccables por el insuficiente volumen hepático.