



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-204 - RESULTADOS POSTOPERATORIOS TRAS LA EMBOLIZACIÓN PORTAL DERECHA Y DRENAJE BILIAR EXTERNO EN LOS TUMORES DE KLATSKIN BISMUTH IIIA. EXPERIENCIA INICIAL

Flores Clotet, Roser; García Borobia, Francisco Javier; Bejarano González, Natalia; García Nalda, Albert; Guitart Giménez, Josep; Romaguera Monzonis, Andreu; García Monforte, Neus; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

### Resumen

**Objetivos:** Revisar el manejo pre e intraoperatorio del tumor de Klatskin Bismuth IIIA, a propósito de tres casos.

**Métodos:** Descripción de tres casos de tumor de Klatskin Bismuth IIIA entre noviembre de 2014 y abril de 2015. Revisión de la bibliografía publicada.

**Resultados:** Se han incluido 3 pacientes con edad entre 47 y 65 años, con diagnóstico de tumor de Klatskin Bismuth IIIA. Se realiza volumetría de los segmentos II + III + IV hepáticos que oscila entre el 26 y el 32%, considerándose insuficiente para plantear una resección curativa, por lo que se decide embolización portal derecha y colocación de drenaje biliar externo izquierdo percutáneo. Se coloca sonda nasoyeyunal y se realiza infusión diaria de la bilis extraída por el drenaje a través de la misma. Se realiza volumetría hepática a las 4 semanas de la embolización portal objetivándose un incremento del remanente (entre el 38 y el 57%). Se realiza cirugía con hepatectomía derecha ampliada a segmento I, colecistectomía, linfadenectomía hilar hepática, resección de vía biliar, hepaticoyeyunostomía y reconstrucción en Y de Roux. Márgenes de vía biliar proximal y distal intraoperatorios negativos. Tiempo operatorio: entre 435 y 460 minutos. Postoperatorio correcto en todos los pacientes destacando leve elevación de las cifras de bilirrubina sin traducción clínica. Tan solo un paciente requirió un concentrado de hematíes postoperatorio. Estancia media: 8 días.

**Conclusiones:** El tumor de Klatskin es habitualmente un adenocarcinoma de vía biliar. Es un tipo de neoplasia poco frecuente que requiere para su resección R0 una cirugía oncológica compleja. En general se recomienda la embolización portal cuando el remanente hepático previsto es inferior al 35% (no hemos encontrado literatura que indique el límite exacto), facilitando la hiperplasia para disminuir la potencial insuficiencia hepatocelular postoperatoria. El drenaje biliar externo del remanente izquierdo disminuye los niveles de bilirrubina, facilitando la hiperplasia. Además hemos objetivado un incremento importante de la producción biliar llegando a triplicarse a las 5 semanas. La infusión biliar permite un mejor estado nutricional preoperatorio del paciente. En nuestra experiencia inicial hemos conseguido disminuir la morbilidad postoperatoria, la estancia y el fallo hepatocelular postoperatorio. Creemos que podría ser la estrategia preoperatoria habitual en este tipo de patología.