



P-021 - Embolización portal percutánea asociada a torniquete hepático quirúrgico al objeto de propiciar hipertrofia hepática acelerada y hepatectomía secuencial en un paciente afecto de colangiocarcinoma hilar

Martínez Alcaide, Sonia; Poves Gil, Pedro Manuel; Mariner Belvis, Sergio; Pedrosa Soler, Marta; Lorenzo Pérez, Javier; Osorio Manyari, Joel Davis; Sala López, Rafael; Ballester Sapiña, Blas

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: Al decidir una resección hepática actualmente no se deben dogmatizar los criterios clásicos de tamaño, número, ubicación, complejidad de la resección hepática ni secuencialidad en las resecciones, para contraindicar la cirugía. La única contraindicación es la imposibilidad de mantener un remanente hepático suficiente libre de tumor. Los intentos de aumentar tamaño y función del residuo hepático han condicionado el desarrollo de métodos de hipertrofia acelerada (ALPPS-ALTPS), aún en período de asentamiento en la comunidad científica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 64 años que acude a Urgencias por síndrome constitucional y febrícula. La hematimetría revela una colestasis disociada, con bilirrubina normal, elevación de FA y GGT y sin patrón cítolítico. La ecografía intuye una dilatación de vía biliar intrahepática y de conducto hepático común (12 mm) a partir de su tercio proximal. El TC y la colangioRMN demuestran un engrosamiento difuso de la pared del conducto hepático común y colédoco (38 mm), definiéndose una masa alrededor del conducto de unos 20 mm que afecta a la bifurcación biliar y a los dos conductos hepáticos principales. El volumen hepático residual inicial es de 311 ml (20,53%), sobre un volumen hepático total de 1.515 ml. Se decide estrategia secuencial de portoembolización percutánea, seguida a los dos días de una primera intervención quirúrgica con la práctica de torniquete hepático en cisura umbilical, y evaluación postoperatoria volumétrica a la semana de la hipertrofia hepática acelerada de los segmentos 2-3. La volumetría a los 8 días, demuestra un aumento del volumen hepático remanente a 549 ml (crecimiento del 76,53%). El índice de crecimiento diario es de 34 ml/día y la relación entre el volumen final funcional y el peso de 0,84. A los 12 días se practica una resección completa de la vía biliar principal, linfadenectomía del ligamento hepato-duodenal, trisectionectomy derecha con caudadectomy y colangi-yejunostomía en Y (segmentos II y III), constatando la ausencia de infiltración tumoral en los bordes de resección. 26 días después, el volumen hepático residual es de 760 ml (57,58% del hígado total), correspondientes a los segmentos 2 y 3, que representa un crecimiento de 449 ml (porcentaje final de crecimiento del 144,37%). El postoperatorio se grava por un cuadro de hipertensión portal aguda, insuficiencia hepática tolerable y reversible, y alteraciones metabólicas de las cuales actualmente está recuperándose.

Discusión: Hemos realizado una modificación de la técnica ALTPS (Associating liver tourniquet and portal vein ligation for staged hepatectomy secuencial), permutando el momento de la portoembolización percutánea a dos días antes de la intervención, y variando, la logística del grupo de Murcia. Esto podría beneficiar la factibilidad de la oclusión de las ramas de segmentos 4 a-b, aumentando la eficacia de la

embolización. Al practicarla secuencialmente, evitaríamos la necrosis del segmento 4, permitiendo dos días de acomodación intrahepática y mejorando la vascularización arterial del lóbulo derecho.