



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

## V-001 - CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA

Poletto González, Daniel<sup>1</sup>; Rotellar Sastre, Fernando<sup>2</sup>; Benito, Alberto<sup>2</sup>; Granero, Lucía<sup>2</sup>; Ocaña, Sira<sup>2</sup>; Martí, Pablo<sup>2</sup>; Zozaya, Gabriel<sup>2</sup>; Pardo, Fernando<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Povisa, Vigo; <sup>2</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía hepática extrema es un término utilizado para definir la realización de resecciones hepáticas en las que existe invasión tumoral de la vena cava inferior, venas suprahepáticas, pedículo portal o una combinación. Requiere la oclusión de la vena cava inferior, oclusión vascular selectiva o total, y puede necesitar by-pass venovenoso, perfusión hepática *in situ* o *ex situ*. Nuestro objetivo es demostrar que es una intervención segura y con resultados aceptables en pacientes seleccionados.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 53 años que en junio 2016 presenta hallazgo incidental en ecografía abdominal una lesión hepática sugestiva de malignidad. Se realiza analítica general que muestra buena función hepática, RM de abdomen y TAC de tórax que se informan como colangiocarcinoma intrahepático en la confluencia de las venas suprahepáticas entre los segmentos IVa, VIII, II y I de  $4,8 \times 4,4$  cm, con afectación locoregional y sin enfermedad a distancia. Se decide tratamiento (26 julio-24 agosto) con radioterapia externa 51,51 Gy en 20 fracciones de manera concomitante con capecitabina oral 800 mg/m<sup>2</sup> cada 12h. Control radiológico posterior a neoadyuvancia con TAC de abdomen y tórax (octubre 2016) informado como disminución discreta de tamaño de colangiocarcinoma y adenopatías de hilio hepático sin signos de extensión torácica. Valorada por Sv de Cirugía General (Departamento de HPB) el 2 de diciembre 2016 donde se decide tratamiento quirúrgico mediante heptatectomía izquierda ampliada con reimplante de vena suprahepática derecha y sustitución de vena cava inferior con injerto criopreservado. Sin existir contraindicación analítica y cardio-respiratoria para la cirugía, el día 10 de enero de 2017 bajo anestesia general se realiza heptatectomía izquierda ampliada con resección e injerto de vena suprahepática derecha y cava inferior previa canulación de vena porta izquierda y perfusión de 1.000 ml de solución de Celsior. La paciente permaneció en UCI 48 horas para control óptimo del dolor (ecografía de control a las 48 horas donde no se aprecian lesiones focales ni dilatación de vía biliar, sistema arterial y portal derechos permeables, vena suprahepática derecha y cava inferior con flujo normal) posteriormente trasladada a planta donde cursó postoperatorio sin incidencias siendo alta a los 6 días postintervención (16 de enero 2017). Anatomía Patológica se informa de colangiocarcinoma intrahepático moderadamente diferenciado pT1N1 (2 ganglios afectados de 4 estudiados, margen de resección hepático libre, no presenta infiltración de peritoneo visceral y el tumor contacta con la adventicia de la vena cava pero no la infiltra).

**Discusión:** La correcta selección de pacientes para esta cirugía agresiva tiene buenos resultados que la justifican. Además, la perfusión hipotérmica hepática se asocia con una menor mortalidad, mejor tolerancia a la isquemia, mejor función hepática y renal postoperatorias en aquellos donde la exclusión vascular total se prevea mayor a 60 minutos.