



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-015 - ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS PERITONEALES EN ZONA 2 PERIHEPÁTICA

Bosch-Ramírez, Marina; Sabia, Domenico; Tur Martínez, Jaume; Bijelic, Lana

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Resumen

Objetivos: El tratamiento radical de las enfermedades malignas de la superficie peritoneal, en pacientes correctamente seleccionados, incluye la cirugía citorreductora (CRS) asociada a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. El objetivo de la CRS es lograr una resección quirúrgica completa de toda la enfermedad macroscópica. Algunos territorios como la zona 2 (según la clasificación del índice de carcinomatosis peritoneal), pueden suponer un reto quirúrgico dado un acceso más dificultoso. Por estas características, la zona 2 es frecuentemente el sitio de enfermedad residual en citorreducciones incompletas. A continuación, se realizará una revisión de los componentes anatómicos y localizaciones típicas de implantes peritoneales dentro de la zona 2, así como detalles técnicos que pueden ayudarnos en conseguir una resección tumoral completa.

Métodos: El vídeo describe pasos quirúrgicos habituales en zona 2: la exéresis completa del ligamento redondo hepático, colecistectomía en bloque con peritonectomía del hilio hepático, apertura de transcavidad de epiplones, exéresis en bloque de bursa omental y omentectomía menor y ampliación de peritonectomía en territorio retrocaudado hasta limitar medialmente con vena cava inferior, superiormente con el diafragma y lateralmente con el pilar diafragmático derecho. Debido al difícil acceso a territorios profundos de la zona perihepática, es fundamental contar con retractores autoestáticos para asegurar una exploración completa del compartimento, evitando así dejar enfermedad macroscópica residual.

Resultados: La inspección detallada y resección completa del ligamento redondo hepático hasta su base es necesaria en casos de afectación del peritoneo del ligamento por lo que es importante seccionar el puente de tejido hepático que se encuentra frecuentemente por encima del ligamento, de tamaño muy variable. En casos de enfermedad perihiliar-perivesicular, es posible realizar una peritonectomía del hilio hepático, separando el peritoneo de las estructuras subyacentes en bloque con colecistectomía para incluir todas las metástasis de manera eficiente en una misma pieza quirúrgica. Ilustramos el hallazgo frecuente de una arteria hepática izquierda accesoria durante la sección del ligamento gastrohepático, que deberá ligarse en caso de estar afectada o dificultar una correcta citorreducción de la bursa omentalis. Destacamos que es imprescindible valorar el peritoneo en el receso retrocaudado de la bursa omentalis y resecarlo si se encuentra enfermedad evitando lesión de la vena cava. La sección completa del ligamento triangular y luxación del lóbulo hepático izquierdo permite el acceso a esta área especialmente difícil de la zona 2. La omentectomía menor puede realizarse con seguridad preservando la arcada vascular, disecándose digitalmente si precisa las metástasis peritoneales de la grasa omental.

Conclusiones: No hay estructuras vasculares o ductales que pasen a través del puente hepático, lo que permite su sección completa. Existe riesgo de lesión de la arteria hepática izquierda en la apertura de la inserción del peritoneo. Si la arteria hepática accesoria está incluida en el tumor o si su preservación impide la exposición clara de la bursa omentalis, deberá ser ligada. La exploración del suelo de la transcavidad o espacio retrocaudado requiere de sección del ligamento triangular izquierdo, luxación del lóbulo hepático izquierdo y un separador adicional o asistencia de un ayudante para separar el lóbulo caudado.