



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-039 - ALPPS TORNQUETE HÍBRIDO EN PACIENTE CON GRAN COLANGIOCARCINOMA EN EL QUE SE REALIZÓ TRISECTORECTOMÍA DERECHA MÁS RESECCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR, RESECCIÓN DE VENA PORTA Y HEPÁTICO YEYUNOSTOMÍA EN Y DE-ROUX

Brusadin, Roberto; Robles, Ricardo; López-Conesa, Asunción; López-López, Víctor; Gil, Pedro; Ibáñez, Noelia; Parrilla, Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La cirugía hepática extrema es un término acuñado para la realización de resecciones hepáticas en las que existe invasión de la vena cava inferior (VCI), venas suprahepáticas (VSH), pedículo portal o una combinación de ellas. Requiere la oclusión de la vena cava inferior, la oclusión vascular selectiva o total, y en muchos casos es necesario recurrir al bypass venovenoso y a la perfusión del hígado in situ o ex situ. En estos casos, cuando existe un volumen hepático residual insuficiente es necesario asociar técnicas de oclusión portal para conseguir la hipertrofia del volumen residual, realizando la cirugía en 1 o 2 tiempos quirúrgicos. Nuestro objetivo es presentar un vídeo de una trisectorectomía derecha con resección de VCI por encima de las renales hasta por bajo de la VSH izquierda, resección de vena porta y de toda la vía biliar por una colangiocarcinoma intrahepático, cirugía que se realizó en 2 tiempos quirúrgicos ya que primero se realizó una técnica de hipertrofia del volumen hepático (ligadura portal derecha más torniquete en la línea de sección parenquimatosa).

Caso clínico: Mujer de 51 años, diagnosticada de masa hepática que ocupa todo el lóbulo derecho y el segmento IV por ecografía, que se realizó por aumento de BT a 6 mg/dl, GOT, GPT y LDH. El TAC y la RMN detecta una masa de 12 cm que engloba lóbulo hepático derecho y el hilio hepático, que invade la vena cava inferior, el caudado, todo el lóbulo derecho, quedando libre los segmentos II y III. Se realiza volumetría con TC existiendo un volumen hepático total de 1.815 ml y un volumen residual del II-III de 380 ml (20% del volumen total). Se indica cirugía en 2 tiempos: primera intervención: se coloca un torniquete en la línea de sección parenquimatosa (a nivel del ligamento falciforme), extraglissoniano. Al 4^a día po se realiza embolización portal derecha, apreciando estenosis de la misma y la ausencia de flujo colateral intrahepático. Al 7^o día de la EPP se realiza nuevo TAC con volumetría con un volumen hepático total de 3.056 ml, 953 de lóbulo izquierdo (31% del volumen total). 2^a intervención (12^o día de la primera). Se realiza test de clampaje de VCI tolerando la oclusión sin necesidad de bypass venovenoso. Se realiza ligadura de arteria hepática derecha y de la rama del segmento IV, ligadura de vía biliar derecha, y sección de la vena porta con anastomosis termino-terminal. Sección parenquimatosa separando los segmentos II y III del lóbulo derecho anatómico con ligadura de VSH media conservando la VSH izquierda. Una vez separados los segmentos II, III, se clampa VCI suprarrenal y VCI por bajo de vena suprahepática izquierda. Se completa la trisectorectomía derecha con resección de VCI y una pastilla de diafragma. Como sustituto de la VCI se utiliza un injerto de goretex anillado de 2 cm de diámetro y 8 cm de longitud anastomosándolo entre VCI suprarrenal y VCI por bajo de vena suprahepática izquierda. Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.