



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-050 - CIRUGÍA "LIVER FIRST" EN METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORECTAL. SÍNDROME "SMALL-FOR-FLOW" Y MODULACIÓN DEL FLUJO PORTAL

Gastaca, Mikel; Palomares, Ibone; Ruiz, Patricia; Ventoso, Alberto; Prieto, Mikel; Valdivieso, Andrés

Hospital Universitario Cruces, Baracaldo.

Resumen

Introducción: La necesidad de realizar resecciones hepáticas mayores, tras un tratamiento con quimioterapia, en pacientes con metástasis hepáticas es una situación frecuente. La cirugía tipo "liver first" en estos casos está ampliamente aceptada. El desarrollo de una disfunción hepática por un insuficiente volumen hepático residual, también conocida como síndrome de "small-for-flow" es una complicación importante que debemos intentar prever y evitar tanto pre como intraoperatoriamente; así como, reconocer con prontitud durante el periodo postoperatorio ya que puede ser tratada mediante modulación del flujo portal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 49 años con diagnóstico de carcinoma colorectal y enfermedad metastásica hepática sincrónica no resecable. Tras la colocación de una endoprótesis en colon y 12 ciclos de quimioterapia, la enfermedad metastásica se localizaba en los segmentos II, IVB, VI, VII y VIII afectando a las venas hepáticas derecha y media. Se indicó una hepatectomía derecha ampliada al segmento IVB y ablación de la lesión del segmento II tras realizar un estudio volumétrico en el que se describía un hígado residual de 512 cc (50,2% del total) y una relación de 1,11 respecto del peso total de la paciente. Tras la hepatectomía, se realizó un estudio intraoperatorio del flujo y la presión portal. El flujo portal era de 859 cc/min (aproximadamente 197,5 mL/min/100 g de parénquima hepático) y la presión portal de 17 mmHg con una PVC de 9 mmHg. No se realizó ninguna otra acción intraoperatoriamente. Durante el postoperatorio, la paciente desarrolló ascitis con buena función hepática. El informe patológico del hígado no tumoral describía una inflamación crónica del parénquima hepático con puentes ocasionales de fibrosis. Se midieron las presiones hepáticas observando un gradiente de 12 mmHg entre las venas hepáticas y la enclavada. Con el diagnóstico probable de un síndrome "small-for-flow", se realizó una embolización selectiva de la arteria esplénica el día 24 tras la cirugía. La paciente fue dada de alta una semana después de la embolización sin ascitis y con una necrosis del 60% del bazo. La sigmoidectomía fue realizada sin complicaciones un mes después del alta. Un año después de la cirugía, se diagnosticó una nueva lesión hepática que se trató mediante ablación percutánea. Tres años después de la cirugía, la paciente está viva sin datos de recidiva tumoral.