



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-062 - CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA IN-SITU BAJO EXCLUSIÓN VASCULAR TOTAL CON INJERTOS DE VENA CAVA Y SUPRAHEPÁTICA DERECHA

López López, Víctor¹; López Conesa, Asunción¹; Brusadin, Roberto¹; Gómez Valles, Paula¹; Navarro, Miguel Ángel²; García Palenciano, Carlos¹; Cánovas, Sergio¹; Robles Campos, Ricardo¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ²Universidad Miguel Hernández, Elche.

Resumen

Introducción: En la cirugía hepática oncológica conseguir una resección completa de los tumores malignos primarios o de la enfermedad metastásica sigue siendo el objetivo principal. En ocasiones, resulta un auténtico desafío conseguir este principio debido a que existe una afectación completa de las venas hepáticas o de la vena cava.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 52 años con diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático extenso izquierdo con invasión vascular. La TC y RM informaron de una masa de aproximadamente 7,89 cm en lóbulo hepático izquierdo con expansión periférica hacia 5-8. El tumor presentaba las siguientes relaciones con las estructuras venosas: invasión de vena suprahepática izquierda y media (en su confluencia con la cava). Contacto con la confluencia de rama anterior de vena suprahepática derecha. Infiltración de vena cava intrahepática en una longitud de aproximadamente 7,64 cm. Presenta vena hepática inferior libre. Vena porta permeable con mínimo contacto a nivel de vena porta extrahepática. La técnica que se planificó fue hepatectomía izquierda extendida con reconstrucción de vena cava con una prótesis de Goretex por encima de la vena hepática inferior que no estaba infiltrada y una reparación de la vena suprahepática derecha con injerto de carótida obtenido previamente con banco de tejidos. La cirugía se planteó bajo exclusión vascular total mediante la colocación de un *bypass* venovenoso. Durante la oclusión se realizó perfusión hipotérmica *in situ* por la porta izquierda del futuro remanente hepático. La cirugía duró 420 minutos con unas pérdidas sanguíneas de 420 minutos sin necesidad de transfusión. El paciente evolucionó de forma satisfactoria sin complicaciones siendo alta en el 10º día posquirúrgico. El paciente se encuentra actualmente libre de enfermedad.

Discusión: El mayor desafío en este contexto es cuando existe una infiltración de las tres venas hepáticas con o sin afectación asociada de la vena cava inferior. En esta situación lo primero es decidir qué tipo de exclusión vascular y abordaje de resección hepática asociada se va a realizar. La exclusión vascular puede ser total (*portal pedicle, infra and suprahepatic inferior vena cava*), o parcial (*occluding the inferior vena cava and preserving hepatic flow or occluding portal pedicle and hepatic veins, leaving the inferior vena cava free*). En caso de una oclusión vascular total puede colocarse un *bypass* venovenoso o hacerlo sin *bypass* previa demostración de estabilidad hemodinámica del paciente tras el test de clampaje. Dentro de los diferentes tipos de injertos diferenciamos entre las prótesis, los crioconservados o los autólogos. Los injertos crioconservados son una buena alternativa porque evitan tener que cogerlos del propio paciente al tiempo que permiten tener injertos de diferentes tamaños que pueden ser confeccionados según las necesidades del tipo de reconstrucción que se va a requerir. Los injertos protésicos artificiales aunque deben usarse como último

recurso, se utilizan especialmente para la reconstrucción de la vena cava inferior debido a su gran tamaño, o en casos que no sea posible conseguir un injerto de otras características.