CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):466

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-067 - HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA CON RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA HEPÁTICA DERECHA POR UN COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO

Galofré-Recasens, Maria[1]; Herrero Fonollosa, Eric[1]; García-Domingo, María Isabel[1]; Camps Lasa, Judith[1]; Rodríguez Campos, Aurora[1]; Galaviz Sosa, María Luisa[1]; Cugat Andorrà, Esteban[2]

[1]Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa; [2]Hospital Universitari Mútua Terrassa/Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Terrassa, Badalona.

Resumen

Introducción: La resección quirúrgica asociada a la linfadenectomía locorregional es el tratamiento de elección del colangiocarcinoma intrahepático. El abordaje laparoscópico no está del todo estandarizado. Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de un colangiocarcinoma intrahepático con hallazgo intraoperatorio de afectación vascular.

Caso clínico: Paciente de 78 años diagnosticado de un colangiocarcinoma intrahepático de vía biliar izquierda con dilatación de la vía biliar de los segmentos hepáticos II-III. No se evidenció afectación vascular en el estudio preoperatorio y se propuso para una hepatectomía izquierda y vaciamiento ganglionar laparoscópico. La intervención se inició con la linfadenectomía del hilio hepático, seguido de una disección de la arteria hepática común y propia. Durante la disección de la arteria hepática propia se objetivó infiltración tumoral de la bifurcación de la arteria hepática derecha e izquierda. Se disecaron y referenciaron las arterias hepática propia y derecha para su posterior reconstrucción. Se realizó el clampaje arterial proximal y distal a la zona de infiltración tumoral. Se seccionó la arteria hepática propia proximalmente al tumor y la arteria hepática derecha distalmente al mismo. La reconstrucción arterial se realizó con puntos de monofilamento de material irreabsorbible 6/0. La anastomosis arterial termino-terminal se inició por la cara posterior, mediante una sutura continua. En las imágenes se puede observar la dificultad de la sutura debido al pequeño calibre de los vasos. Para la reconstrucción de la cara anterior, se optó por la realización de puntos discontinuos del mismo material para minimizar el riesgo de estenosis. Se retiraron los *clamps* vasculares y se comprobó la correcta permeabilidad y estanqueidad de la anastomosis. Se prosiguió con la disección e individualización de la vena porta izquierda, siendo seccionada mediante una endograpadora carga vascular. Tras administrar una dosis endovenosa de 5mg de verde de indocianina, se comprobó mediante fluorescencia la correcta irrigación del lóbulo hepático derecho a través de la arteria hepática derecha reconstruida y se delimitó la línea de isquemia para la transección hepática. La transección parenquimatosa se realizó con el disector ultrasónico y un instrumento de coagulación y sellado. Se disecó y seccionó el pedículo biliar izquierdo mediante una endograpadora carga azul. Con la sección de la vena hepática izquierda con endograpadora vascular se completó la hepatectomía. Se llevó a cabo la resección laparoscópica de un colangiocarcinoma intrahepático con resección y reconstrucción arterial debido al hallazgo intraoperatorio de afectación tumoral arterial. Presentó un curso posoperatorio favorable, siendo alta hospitalaria al cuarto día posoperatorio. La anatomía patológica mostró un colangiocarcinoma intrahepático de ducto pequeño, infiltración de la bifurcación arterial hepática, invasión perineural, ausencia de invasión linfovascular, 2/2

ganglios linfáticos afectos, márgenes de resección negativos (arteria hepática 1 mm). Se realizó una tomografía computarizada abdominal al mes de la intervención confirmando la permeabilidad de la anastomosis arterial.

Discusión: El tratamiento de elección del colangiocarcinoma intrahepático es la resección quirúrgica del tumor y la linfadenectomía locorregional. En caso de hallazgo intraoperatorio de afectación vascular es necesaria la resección en bloque y reconstrucción vascular para la obtención de márgenes quirúrgicos negativos.

0009-739X © 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados