



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-041 - HEMICOLECTOMÍA DERECHA CON LINFADENECTOMÍA D3 Y METASTASECTOMÍA HEPÁTICA EN LÓBULO CAUDADO

*D'Ambrosio, Gian Mario; Ballester, Eulalia; Bollo Rodríguez, Jesús; Molina, Víctor; Vitiello, Giulia; Targarona Soler, Eduard; Moral, Antonio*

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

### Resumen

**Objetivos:** Más del 50% de los pacientes con neoplasia de colon desarrollan metástasis hepáticas durante la evolución de la enfermedad, y en un 20% de los casos se detectan en el momento del diagnóstico. El abordaje oncológico de los pacientes con metástasis hepáticas al diagnóstico incluye el tratamiento neoadyuvante en algunos casos, siendo posible en pacientes seleccionados con metástasis resecables y tumores primarios asintomáticos realizar cirugía de forma inicial. La hemicolectomía derecha con linfadenectomía D3 ha demostrado aumentar la supervivencia en pacientes intervenidos, especialmente en tumores localmente avanzados T3-T4 y con N+, ya que se realiza la exéresis de todo el territorio linfático con un aumento de la supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad. El objetivo de nuestra comunicación es compartir nuestra experiencia en casos de abordaje combinado con resección en el mismo acto quirúrgico del tumor primario y la metástasis hepática, utilizando técnicas mínimamente invasivas con abordaje laparoscópico, anastomosis intracorpórea e ICG.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 75 años, con diagnóstico de adenocarcinoma de ciego y con metástasis hepática única al diagnóstico en lóbulo caudado resecable. Se decide tratamiento quirúrgico inicial con cirugía combinada para la realización de hemicolectomía derecha laparoscópica D3 con anastomosis intracorpórea y metastasectomía hepática. Se administró 0'25mg de ICG la tarde previa a la cirugía. 1. Disección de mesocolon derecho de medial a lateral siguiendo plano embriológico de la fascia de Fredet. 2. Clipaje y sección en el origen de vasos ileocólicos. 3. Disección a lo largo de los vasos mesentéricos superiores hasta el tronco gastrocólico de Henle. 4. Clipaje y sección de tronco gastrocólico de Henle. 5. Clipaje y sección de rama derecha de arteria cólica media. 6. Abertura parietocólico derecho y se completa la disección de colon derecho. 7. Acceso a transcavidad de los epiplones y liberación de ángulo hepático. 8. Sección a nivel de colon transverso y del íleo terminal con EndoGIA 60. 9. Realización de ecografía intraoperatoria hepática sin objetivar nuevas lesiones hepáticas no visualizadas en la RMN. 10. Colocación de sonda Foley para realizar maniobra de Pringle. 11. Disección de lóbulo caudado y de la vena cava inferior. 12. Resección de metástasis hepática con uso de ICG para comprobación de los márgenes. 13. Confección de anastomosis intracorpórea L-L mecánica isoperistáltica y cierre del orificio con doble sutura barbada V-Lock. 14. Extracción de las piezas a través de incisión accesoria de Pfannenstiel. Tiempo operatorio total de 360'. Estancia hospitalaria de 6 días, inicia tolerancia oral a las 8 h posoperatorias con tránsito en su 4º día posoperatorio. Informe anatomía patológica que confirma ADK de colon T4N1 (3/28 ganglios positivos), lesión hepática compatible con metástasis ADK colon con márgenes libres de enfermedad.

**Discusión:** El abordaje combinado en casos de neoplasias metastásicas de colon es factible en pacientes seleccionados y en manos de cirujanos expertos sin un aumento significativo de la morbilidad y con resultados oncológicamente satisfactorios. Aporta además beneficios como una menor estancia hospitalaria, menor tasa de infección de herida y de íleo paralítico y menor dolor posoperatorio.