



## VC-093 - RESECCIÓN ANATÓMICA LAPAROSCÓPICA DE SEGMENTO 2 HEPÁTICO POR METÁSTASIS COLORRECTAL

Martínez Cecilia, David<sup>1</sup>; Silvestre, José<sup>1</sup>; Blanco Teres, Lara<sup>2</sup>; de La Hoz, Ángela<sup>2</sup>; Gijón, Fernando<sup>2</sup>; Martín Pérez, Elena<sup>2</sup>; Abradelo de Usera, Manuel<sup>1</sup>; Lesaga Llopis, Javier<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Toledo, Toledo; <sup>2</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El hígado es el órgano donde más frecuentemente asientan las metástasis de carcinoma colorrectal. Dado la alta tasa de recidiva, es importante realizar cirugía conservadora de parénquima que posibilitará futuras resecciones. El papel de la resección R1-vascular es controvertido, aunque es un recurso que ayuda a facilitar dicha cirugía conservadora de parénquima. Por otra parte, la cirugía mínimamente invasiva, cuando es factible, presenta ventajas frente a la cirugía abierta convencional.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 36 años sin comorbilidades, que presenta un adenocarcinoma de tercio medio (cT3aN1), tratado con ciclo largo de radioterapia y neoadyuvancia con capecitabina, y resección anterior baja y escisión total de mesorrecto e ileostomía de protección. Tres meses más tarde se diagnostican en TAC y RMN dos lesiones hepáticas de nueva aparición, altamente sospechosas de metástasis hepáticas; lesión subcapsular de 13 mm en segmento VI y lesión de 20 mm en segmento 2, en contacto con vena de segmento 2 en su unión a vena hepática izquierda. Tras discusión en comité multidisciplinar, se decide cierre de ileostomía y resección de las lesiones por vía laparoscópica, y posterior tratamiento adyuvante. Se realiza abordaje laparoscópico mediante 4 trócares (3 trócares de 5 mm y 1 trocar de 12 mm) en epigastrio. Se completa resección no anatómica de lesión en segmento 2, y resección ecoguiada anatómica de segmento 2. Se precisa ampliación de margen medial por exposición de lesión tumoral, y se considera R1 vascular. En el mismo acto se procede a cierre de ileostomía, y las piezas quirúrgicas de metastasectomía se extraen por incisión de ileostomía. El posoperatorio transcurre sin incidencias, y el paciente recibe el alta al segundo día posoperatorio. A los 4 meses de la intervención, y durante el tratamiento adyuvante con FOLFOX, el paciente presentó una nueva lesión de 15 mm en el segmento 8, sin evidencia de recidiva en los lechos de resección. Dicha recidiva se trató mediante ablación percutánea con microondas.

**Discusión:** La resección anatómica del segmento 2 es un procedimiento poco habitual, principalmente debido a su mayor dificultad técnica frente a la segmentectomía 2-3. En el presente caso, dicha resección permitió realizar una cirugía conservadora de parénquima, con las ventajas asociadas de la cirugía mínimamente invasiva.