



O-298 - RESECCIONES DE VENA CAVA INFERIOR POR TUMOR PRIMARIO VENOSO O AFECTACIÓN SECUNDARIA VASCULAR (NIVELES III Y IV)

E. Vicente, Y. Quijano, B. Ielpo, H. Durán, E. Díaz, S. Olivares, R. Caruso y A. Presterá

Hospital Universitario de Sanchinarro, Madrid.

Resumen

Objetivos: La indicación quirúrgica de pacientes afectos de tumores primarios de vena cava inferior (VCI) o de aquellas lesiones neoforativas retroperitoneales o viscerales que la afectan continua siendo controvertida. La afectación de la misma condiciona la estrategia quirúrgica. Utilizando la clasificación de la afectación de la VCI por carcinoma renal, el compromiso de la vena en el sector de las venas hepáticas, sector suprahepático supra o infradiafragmático y aurícula derecha corresponde a los niveles III y IV, respectivamente. En la presente comunicación se muestra la experiencia en la resección de VCI con o sin prótesis sustitutiva en casos seleccionados de pacientes con lesiones de VCI en niveles III y IV.

Métodos: 19 pacientes han sido intervenidos por afectación tumoral primaria o secundaria de VCI en los niveles descritos. El proceso médico que condicionó la resección fue: metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (10); colangiocarcinoma intrahepático (3); enfermedad hidatídica hepática (1); cáncer renal (2), trombosis tumoral de la VCI en recurrencia local de cáncer renal (2); y carcinoma suprarrenal (1). Las resecciones asociadas fueron: hepatectomía derecha (6); hepatectomía derecha extendida al segmento IV (4), segmentectomía hepática del segmento VI (1), nefrectomía (2), nefrectomía con suprarrenalectomía (1), y quistoperiquistectomía total (1). En cuatro pacientes se efectuaron trombectomías de trombos alojados en VCI supradiafragmática y aurícula derecha, en todos ellos el abordaje fue abdominal. No se utilizó soporte extracorpóreo. El pedículo venoso superior hepático fue resecado en 2 pacientes e implantada la vena del sector hepático remanente en el injerto venoso sustitutivo de la VCI. La prótesis sustitutiva fue anillada de Goretex de 20 mm de diámetro. En todos los pacientes en los que se utilizó prótesis sustitutiva se efectuó una fístula arterio-venosa a nivel inguinal (Safeno-femoral) en un intento de incrementar el flujo venoso.

Resultados: La morbilidad general fue del 15%. No existieron complicaciones vasculares postoperatorias derivadas de la resección y reconstrucción vascular efectuada. Todas las prótesis vasculares se mantuvieron permeables. 2 pacientes fallecieron en el postoperatorio debido a fallo hepático.

Conclusiones: La resección de la VCI en pacientes con lesiones de nivel III y IV es una compleja opción técnica que requiere un estricto criterio de selección de pacientes. Un estudio pre-operatorio que delimite la extensión cefálica y caudal de la afectación venosa es un paso imprescindible de cara a tener una estrategia quirúrgica adecuada. La afectación trombótica de la aurícula derecha

permite, siempre que la extensión del trombo no supere los 2,5 cm en la citada cavidad cardiaca, un tratamiento quirúrgico por vía abdominal sin soporte extracorpóreo.