



P-011 - HEPATECTOMÍA DERECHA AMPLIADA AL SEGMENTO I POR HEPATOCARCINOMA CON REEMPLAZO DE LA VENA CAVA INFERIOR POR INVASIÓN TUMORAL

Pujol Cano, Natalia¹; Molina Romero, Francesc Xavier¹; Morón Canis, José Miguel¹; Sena Ruiz, Fátima²; Palma Zamora, Elías¹; González Argenté, Francesc Xavier¹

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; ²Hospital Comarcal de Inca, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: La invasión de la vena cava inferior (IVCI) por un carcinoma hepatocelular (CHC) es una entidad poco frecuente, en torno al 3-4%, pero muy agresiva. Cuando sucede, se considera que la enfermedad está en un estadio avanzado y el tratamiento propuesto es la quimioterapia paliativa con sorafenib. No obstante, existen estudios recientes que avalan al tratamiento quirúrgico radical como opción terapéutica con supervivencias mayores a la quimioterapia, sin grandes riesgos operatorios. Presentamos el caso clínico de un paciente con CHC e IVCI tratado mediante resección hepática y sustitución de la vena cava inferior (VCI), libre de enfermedad a los 8 meses de la cirugía.

Caso clínico: Varón de 62 años con antecedentes personales de resección de melanoma maligno en escápula y hepatitis B pasada (AgHBs-, antiHBs+, antiHBc+) que es diagnosticado de masa hepática de 8 cm por ecografía abdominal en el seguimiento del melanoma. Alfafetoproteína, CEA, CA19,9 y CA125 normales. Se realiza resonancia magnética hepática que confirma masa hepática de 10 cm que engloba segmentos V, VI y VII e infiltra VCI infra e intrahepática. Se decide realizar biopsia hepática para el diagnóstico diferencial con metástasis de melanoma, con resultado CHC. Se valora caso en comité de tumores hepatobiliares desestimando radioembolización hepática con itrio-90 por *shunt* pulmonar grave y se decide opción quirúrgica. El procedimiento quirúrgico incluyó una hepatectomía derecha anatómica con resección del segmento I y exéresis de la VCI retrohepática, desde la vena renal derecha hasta las venas suprahepáticas, y sustitución por una prótesis de Dacron 22 mm. La intervención duró 350 minutos y el paciente fue dado de alta a los 15 días sin complicaciones. El paciente está libre de enfermedad a los 8 meses de la intervención. La anatomía patológica de la pieza reveló CHC de 13 cm con trombosis tumoral extensa de las venas hasta la VCI, con márgenes libres a más de 1 cm (pT4).

Discusión: Aunque la invasión vascular es uno de los factores pronósticos más importantes en pacientes con CHC, no existe consenso mundial sobre el tratamiento del CHC con invasión macrovascular (IMV). El sistema de estadificación del Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) para pacientes con IMV, clasificados como estadio C, recomienda solo quimioterapia con sorafenib con una supervivencia inferior a 1 año. En general, se ha asumido que la resección hepática junto con la trombectomía de la VCI o su reemplazo es un procedimiento con elevada morbilidad. Sin embargo, en las últimas series publicadas la mortalidad postoperatoria fue inferior al 10% con una

supervivencia media de 1,48 años, y una tasa de supervivencia a 1 y 3 años del 63,2% y 33,1%, respectivamente. Según el esquema del BCLC el tratamiento adecuado para nuestro paciente sería la quimioterapia con sorafenib. Recientemente, la radioembolización con itrio-90 ha mostrado resultados favorables en los pacientes con IMV pero al no ser posible en este caso y pudiendo realizar una cirugía radical a nivel técnico con un remanente hepático adecuado, se decidió opción quirúrgica. Se puede concluir que la cirugía hepática con resecciones vasculares complejas por CHC e IMV puede ser una opción terapéutica válida en centros de tercer nivel con alto volumen en cirugías hepatobiliares.