



V-069 - CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA: HEPATECTOMÍA IZQUIERDA MÁS RESECCIÓN DE VENA SUPRAHEPÁTICA DERECHA CON SUSTITUCIÓN DE INJERTO DE VENA RENAL IZQUIERDA BAJO PERFUSIÓN IN SITU DEL LÓBULO HEPÁTICO DERECHO

López Conesa, Asunción; Robles Campos, Ricardo; Brusadin, Roberto; López López, Víctor; Gil Vázquez, Pedro José; Ibáñez Cánovas, Noelia; Jimeno Griño, Pilar; Parrilla Paricio, Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Objetivos: La cirugía hepática extrema es un término acuñado para la realización de resecciones hepáticas en las que existe invasión por el tumor de la vena cava inferior, venas suprahepáticas, pedículo portal o una combinación. Requiere la oclusión de la vena cava inferior, oclusión vascular selectiva o total, y puede necesitar by-pass venovenoso, perfusión del hígado *in situ* o *exsitu*. Presentamos una hepatectomía izquierda más resección parcial del VII y VIII, con resección de vena hepática derecha y colocación de un injerto sustitutivo de vena renal izquierda, todo ello bajo oclusión portal y suprahepática derecha con perfusión *in situ* del lóbulo derecho con solución de Wisconsin.

Caso clínico: Mujer 55 años, intervenida de melanoma en 2009 en pierna izquierda en 2009, sin metástasis ganglionares. En marzo de 2011, se detecta masa de 6 cm que engloba las 3 venas suprahepáticas y en el estudio de extensión se diagnostica de un cáncer de mama. La biopsia de la tumoración no es concluyente y el PET TAC es positivo en mama izquierda y en la tumoración hepática. Se inicia quimioterapia con docetaxel y epirubicina 6 ciclos con buena respuesta a la quimioterapia, con disminución del tumor de mama, que pasa de 2,6 cm a 1 cm sin captación al PET, y disminución de la metástasis hepática a 4,5 cm, pero que engloba las 3 venas suprahepáticas. Técnica quirúrgica (octubre 2011): Ecografía intraoperatoria confirma la invasión de las 3 venas suprahepáticas. La metástasis de la vena suprahepática derecha la rodea, y la vena cava inferior no está invadida. Se decide hepatectomía izquierda reglada *in situ* con "maniobra de handging", conservando unos 2 cm de la vena porta izquierda. Se logra seccionar el pedículo suprahepático medio e izquierdo con endogía. A continuación se toma injerto de vena renal izquierda desde la VCI hasta la entrada de la vena gonadal izquierda. Exclusión vascular y perfusión *in situ*: tras resecar el lóbulo izquierdo, separamos las colaterales del caudado derecho a la vena cava inferior para evitar que el líquido de perfusión pase a vía sistémica. Se ocluye el hilio hepático y se canula la vena porta izquierda y se clampa la vena hepática derecha. Se inicia la perfusión con solución de Wisconsin a 4 °C. Resección de la vena hepática derecha en unos 3 cm con parte del segmento VII y VIII. Se coloca injerto de vena renal izquierda termino terminal vena hepática-vena hepática. Se perfunde el lóbulo derecho con albúmina, y a continuación se desclampa sin aparecer hemorragia (tiempo de oclusión 83 min). Se realiza con un tiempo quirúrgico de 360 min, con unas pérdidas hemáticas de 300 ml,

sin transfusión, y en el postoperatorio existió una disfunción leve con BT de 2 mg/dl; GOT/GPT de 600 U; Quick del 44%. La paciente fue alta al 7º día po sin complicaciones, y al mes se le hizo resección local del tumor de mama más ganglio centinela que fue negativo. A los 55 meses presenta 3 nódulos pulmonares que son resecados mediante toracotomía (marzo 2016).