



V-119 - HEPATECTOMÍA DERECHA Y TROMBECTOMÍA PORTAL IZQUIERDA POR VÍA LAPAROSCÓPICA TRAS EMBOLIZACIÓN DE LA VENA PORTA DERECHA

Gastaca Mateo, Mikel; Prieto Calvo, Mikel; Perfecto Valero, Arkaitz; Palomares Echeverría, Ibone; Mambrilla Herrero, Sara; Ventoso Castiñeira, Alberto; Ruiz Ordorica, Patricia

Hospital Universitario Cruces, Bilbao.

Resumen

Introducción: El tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas se basa en la necesidad de mantener un volumen hepático residual suficiente. Cuando se considera que el volumen residual es insuficiente, la embolización portal se ha demostrado como una maniobra altamente eficaz para conseguir el crecimiento del remanente hepático. Aunque poco habitual, la embolización portal es una maniobra no exenta de posibles complicaciones.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 74 años con antecedentes de carcinoma colorrectal que presentó múltiples lesiones metastásicas hepáticas de forma metacrónica. Las lesiones se distribuían principalmente en lóbulo hepático derecho (LHD) con dos lesiones en lóbulo hepático izquierdo (LHI). Dado que el LHI tenía un volumen del 30% del total del hígado y que se consideraba que el parénquima presentaba cierta hepatopatía, se decidió tratar las lesiones del LHI con radiofrecuencia percutánea y embolizar la porta derecha. Tras la embolización, el paciente desarrolló un trombo no tumoral en la vena porta izquierda con crecimiento lento del LHI. A pesar de la anticoagulación, 6 meses tras la embolización, el trombo portal no se modificó, aunque el LHI creció hasta el 46% del total hepático. Se decidió realizar una hepatectomía derecha junto con la extirpación del trombo portal izquierdo. El procedimiento se llevó a cabo por vía laparoscópica. Iniciamos la intervención preparando la maniobra de Pringle. De forma secuencial, se realizó la sección de la arteria hepática izquierda, la liberación del LHD con sección de la vena hepática derecha y el control de las venas hepáticas media e izquierda. Se realizó la transección hepática preservando la VHM hasta controlar el pedículo portal derecho. Seccionamos los canales biliares derechos anterior y posterior con sutura mecánica hasta exponer la vena porta derecha. Una vez aislado el hígado mediante la maniobra de Pringle y el clampaje de las VHM y VHI, para evitar el flujo retrógrado, se realizó la portotomía a nivel de la porta derecha sobre el material embólico de radiología (Amplatzer). A través de la portotomía se extrajo la mayor parte del trombo comprobando la liberación de la luz portal mediante ecografía doppler. Una vez terminada la extracción del trombo, se cerró la vena porta derecha y se completó la hepatectomía derecha. Una vez completada la hepatectomía se hizo una medición de presiones tanto a nivel portal como en vena cava inferior suprahepática observando un gradiente de 7 mmHg. Se completó la cirugía fijando de nuevo el ligamento falciforme. Ocho meses después de la cirugía, el paciente presenta una vena porta izquierda con flujo normal y algún pequeño trombo residual sin recurrencia de la enfermedad.

Discusión: La embolización portal como maniobra para promover el crecimiento del hígado remanente no está exenta de posibles complicaciones. La trombosis de la vena porta contralateral es una de ellas. Esta circunstancia no debe considerarse una contraindicación absoluta ya que la trombectomía portal es posible incluso por vía laparoscópica.