



O-297 - RESECCIONES DE VENA CAVA INFERIOR POR TUMOR PRIMARIO VENOSO O AFECTACIÓN SECUNDARIA VASCULAR (NIVELES I Y II)

C. Oliva Díaz, E. Vicente López, Y. Quijano Collazo, H. Duran Giménez-Rico, B. Ielpo, I. Fabra Cabrera, E. Díaz Reques y S. Olivares Pizarro

Hospital Universitario de Sanchinarro, Madrid.

Resumen

Objetivos: Excepcionales tumores malignos primarios de vena cava inferior (VCI) y algunos benignos del hígado, vía biliar, páncreas, riñón, y retroperitoneo pueden afectar, comprimir o infiltrar la VCI. La estrategia quirúrgica a definir dependerá del nivel de afectación de la misma. La afectación de VCI en niveles I y II corresponde a la afectación de la VCI desde el sector yuxtailíaco a la bifurcación de las venas hepáticas sin afectación de las mismas. En la presente comunicación se muestra la experiencia en la resección de VCI con o sin prótesis sustitutiva en casos seleccionados de pacientes con tumores localmente avanzados y no diseminados del área anteriormente descrita.

Métodos: 30 pacientes fueron intervenidos por tumores primarios, trombosis tumoral y/o infiltración de VCI con el objetivo de obtener resección R0. De ellos 11 lo fueron por afectación de VCI en niveles I y II. Los procesos que motivaron esta resección fueron: metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (1); Enfermedad hidatídica hepática (1); cáncer renal (2), trombosis tumoral de la VCI en recurrencia local de cáncer renal (2); trombo tumoral de la VCI con infiltración del segmento VI hepático (1), tumores primarios de la VCI (3), y carcinoma suprarrenal (1). Resecciones asociadas: hepatectomía derecha (1), segmentectomía del segmento VI (1), nefrectomía (2), nefrectomía con suprarrenalectomía (1), y quistoperiquistectomía total (1).

Resultados: De los 11 pacientes con afectación de VCI en nivel I y II fue precisa la reconstrucción vascular mediante la interposición de injerto heterólogo vascular (prótesis anillada de Goretex de 20 mm de diámetro) en 8 casos. En 7 de ellos se efectuó una fístula arterio-venosa en región inguinal entre vena safena y arteria femoral con objeto de incrementar el flujo venoso a través de la prótesis vascular. La morbilidad general fue del 11%, con un 9% en relación con la resección vascular efectuada. La permeabilidad vascular precoz y tardía alcanzada fue del 91%. 1 paciente, al que no se le había realizado fístula arterio-venosa, sufrió una trombosis de la prótesis sustitutiva.

Conclusiones: La resección de la VCI es una opción técnica en casos muy seleccionados de tumores localmente avanzados que la comprometen, con una morbilidad y una mortalidad asumibles para la característica del procedimiento. El objetivo de la técnica debe de ser siempre obtener una resección R0. La sustitución de la VCI por una prótesis vascular es aconsejable, incluso en casos con obstrucción crónica y presencia de circulación colateral. Una fístula arterio-venosa a nivel inguinal asegura la permeabilidad de la prótesis a corto, medio y largo plazo.