



V-005 - CIRUGÍA DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL CON RESECCIÓN PARCIAL DE VENA CAVA E INJERTO DE CADÁVER

Plazas López, David; Mansanet Mogort, Albert; Martínez Chicote, Cristina; Ballester Ibáñez, Cristina; Hernando Sanz, Ana; Boscá Robledo, Andrea; Orbis Castellanos, Juan Francisco; López Andújar, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: La cirugía es el pilar esencial en el tratamiento de los sarcomas retroperitoneales y por ello, es fundamental su manejo en Unidades de Referencia para maximizar los resultados y posibilitar la resección completa del tumor en la intervención quirúrgica. En este sentido, la radioterapia y la quimioterapia están actualmente en evaluación prospectiva de estudios y se consideran un complemento a la cirugía. No obstante, las limitaciones anatómicas del retroperitoneo limitan la capacidad de obtener márgenes de resección amplios, por lo que las recurrencias locales de este tipo de tumores son más frecuentes que en otras localizaciones y comprenden la principal causa de muerte, especialmente en casos de bajo grado o intermedio (por ejemplo, el liposarcoma).

Caso clínico: En este vídeo presentamos el caso clínico de una mujer de 52 años con un liposarcoma de gran tamaño localizado en el espacio supramesocólico y que, tras valoración en comité multidisciplinar, se indicó cirugía con resección en bloque de la masa retroperitoneal. En un primer segmento del vídeo comentamos y mostramos cuál es la sistemática diagnóstica y cuál es el planteamiento quirúrgico que debemos ir sistematizando tanto en el pre como en el intraoperatoria para lo cual es especialmente útil el empleo del modelo de reconstrucción tridimensional. En este caso, para conseguir el R0 es necesario realizar una resección radical de tumor que incluye además una nefrectomía derecha con resección hepática y de la vena cava retrohepática: incisión subcostal bilateral y revisión de cavidad. Separación del pedículo hepático y del proceso uncinado del páncreas de la tumoración. Se rodea la vena cava inferior por encima de la vena renal izquierda. Disección y referencia de la vena cava a nivel suprahepático para control supra e infratumoral en caso de accidente hemorrágico. Separación del tumor del retroperitoneo, incluyendo en la resección el riñón izquierdo, la fascia de Gerota y parche del músculo psoas al que se encuentra íntimamente adherido. Ligadura y sección de uréter y arteria renal derechos. Disección y acceso al plano interaortocavo para separación del tumor de la aorta. Resección parcial de segmento 6 y total de segmentos 4, 5 y 1. Durante la transección hepática, se lesiona la vena porta derecha que se encuentra íntimamente adherida al tumor y que se repara mediante sutura del orificio con ayuda de maniobra de Pringle. En este punto, se consigue individualizar la vena cava inferior previa a la desembocadura de las venas suprahepáticas, evitando así el clampaje completo del hígado en el momento de la sección y anastomosis del injerto. Sección de vena cava a nivel superior e inferior al tumor previo clampaje. Exéresis en bloque de la pieza quirúrgica. Anastomosis del injerto de doble vena ilíaca de cadáver. Se realiza mediante doble sutura continua de monofilamento no reabsorbible

de 5/0 (Prolene®) en cada extremo. Desclampaje de la vena comprobando ausencia de puntos de sangrado a nivel del injerto y estanqueidad de las suturas. Realización de radioterapia intraoperatoria (15 Gy).