

CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Artículo especial

Nuevo Método de Regeneración hepática

Fernando A. Alvarez^a, José Iniesta^a, José Lastiri^b, Marina Ulla^c,
Fernando Bonadeo Lassalle^a y Eduardo de Santibañes^{a,*}

^a Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^b Servicio de Oncología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^c Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de julio de 2011

Aceptado el 26 de agosto de 2011

Palabras clave:

Regeneración hepática

Hepatectomía

Embolización portal

Tumores hepáticos

Insuficiencia hepática

RESUMEN

La insuficiencia hepática postoperatoria (IHP) es la complicación más temida y severa tras de una resección hepática extensa. Presentamos una técnica quirúrgica innovadora para el tratamiento de una paciente con cáncer colorrectal y secundarismo hepático inicialmente irreseccable. Tras de completar quimioterapia neoadyuvante se decide cirugía simultánea. Se realizó hemicolectomía izquierda y limpieza de las metástasis del hígado izquierdo. Debido a que el remanente hepático futuro (RHF) era insuficiente, se realizó partición hepática *in situ* y ligadura portal derecha. Al 6.º día postoperatorio una TC volumétrica evidenció aumento mayor al 40% del RHF. Se le completó la hepatectomía derecha y fue externada al 11.º día postoperatorio. La técnica permitió un rápido crecimiento del RHF, superando lo reportado mediante oclusión portal. De corroborarse estos hallazgos en futuros estudios, esta revolucionaria técnica permitiría el tratamiento quirúrgico en dos etapas de pacientes con enfermedad hepática inicialmente irreseccable durante una misma internación y sin IHP.

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

New method of hepatic regeneration

ABSTRACT

Postoperative liver failure (PLF) is the most feared and serious complication after extensive liver resections. We present an innovative surgical technique for the treatment of a patient with colorectal cancer and initially unresectable liver metastases. After completing neoadjuvant chemotherapy, it was decided to perform simultaneous surgery. A left hemicolectomy and cleaning of the metastases in the left liver was performed. As the future liver remnant (FLR) was insufficient, it was decided to perform an *in situ* liver split and a right portal vein ligation. On the 6th day after the surgery a volumetric CT showed an increase greater than 40% of the FLR. The right hepatectomy was completed and the patient was discharged on the 11th day after surgery. The technique induced a rapid growth of the FLR, exceeding that reported using portal occlusion. If these findings are corroborated in future studies, this revolutionary technique could enable surgery to be performed in two stages on

Keywords:

Liver regeneration

Hepatectomy

Portal embolisation

Liver tumors

Liver failure

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.desantibanes@hospitalitaliano.org.ar (E. de Santibañes).

0009-739X/\$ – see front matter © 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.08.001

patients with initially unresectable liver disease during the same hospital admission and without PLF.

© 2011 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La resección quirúrgica con intención curativa de los tumores hepáticos, asociada o no a quimioterapia neoadyuvante, es hoy la alternativa terapéutica de elección para la mayoría de pacientes con enfermedad primaria o secundaria^{1,2}. La obtención de márgenes oncológicos demanda una resección extensa del parénquima hepático (5 o más segmentos) en casi la mitad de los pacientes, con el riesgo de desarrollar insuficiencia hepática postoperatoria (IHP) y la morbilidad agregada al procedimiento quirúrgico¹. Esto puede deberse a un volumen de remanente hepático insuficiente o a que el mismo sea incapaz de mantener la función de síntesis debido a hepatopatía previa. Se calcula que para evitar la IHP es necesario al menos un 25% del volumen hepático total en

hígados sanos y un 40% en hígados enfermos o que recibieron altas dosis de quimioterapia³.

En aquellos pacientes candidatos a resecciones hepáticas mayores en los que se anticipa un remanente hepático futuro (RHF) insuficiente, la oclusión portal (OP) del sector hepático que va a ser resecado mediante embolización percutánea o ligadura quirúrgica es una estrategia ampliamente utilizada para prevenir dicha insuficiencia ya que permite incrementar el volumen del RHF¹⁻⁴. Mediante esta metodología se han reportado crecimientos de hasta un 20-35% del RHF en 30 a 45 días, ampliando las indicaciones de los tumores hepáticos a resecar así como disminuyendo la tasa de complicaciones, especialmente la insuficiencia hepática, y la estancia hospitalaria^{1,3,4}. A pesar de los beneficios mencionados, todavía existe preocupación por el potencial crecimiento simultáneo y más acelerado de la enfermedad neoplásica tanto en el hígado remanente (15 veces mayor)⁵, como en otros órganos, durante el período de espera previo a la resección^{1-3,5}. Asimismo, la OP no siempre asegura una hipertrofia suficiente del RHF.

Recientemente se reportaron resultados promisorios en una serie de pacientes utilizando una nueva técnica de hepatectomía en dos tiempos para obtener mayor y más rápido crecimiento del RHF (fig. 1)⁶. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia empleando esta técnica quirúrgica innovadora para el tratamiento de una paciente con enfermedad hepática inicialmente irreseccable.

Caso clínico

Se presenta una mujer de 40 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que consulta por proctorragia, astenia y pérdida de peso de 7 kg en 1 mes (45 kg al momento de la consulta). Su laboratorio evidencia anemia (hemoglobina 11,7) y fosfatasa Alcalina de 594. Los niveles de marcadores tumorales informan antígeno carcinoembrionario elevado (CEA 351). Se decide realizar videocolonoscopia donde se detecta lesión elevada y ulcerada a 18 cm del margen anal con biopsia positiva para adenocarcinoma. La TC evidencia el tumor primario en colon sigmoides y metástasis hepáticas múltiples masivas en ambos lóbulos. Un PET confirma los hallazgos y descarta enfermedad en otros órganos (fig. 2). Tras completar 9 meses de quimioterapia neoadyuvante (k-ras mutado) con 6 ciclos de capecitabina-oxaliplatino-bevacizumab y 7 ciclos de irinotecán-bevacizumab se constata descenso del CEA (valor de 3). Una nueva TC objetiva importante respuesta oncológica (fig. 3). Se decide la resección quirúrgica simultánea, realizándose hemicolectomía izquierda y limpieza tumoral del hígado izquierdo y lóbulo caudado. Debido a que el RHF era insuficiente, se realizó partición hepática in situ con ligadura portal y de la vía biliar derecha (fig. 4). La anatomía patológica informó adenocarcinoma de bajo grado hasta la submucosa, 10 ganglios negativos, 8 nódulos hepáticos con

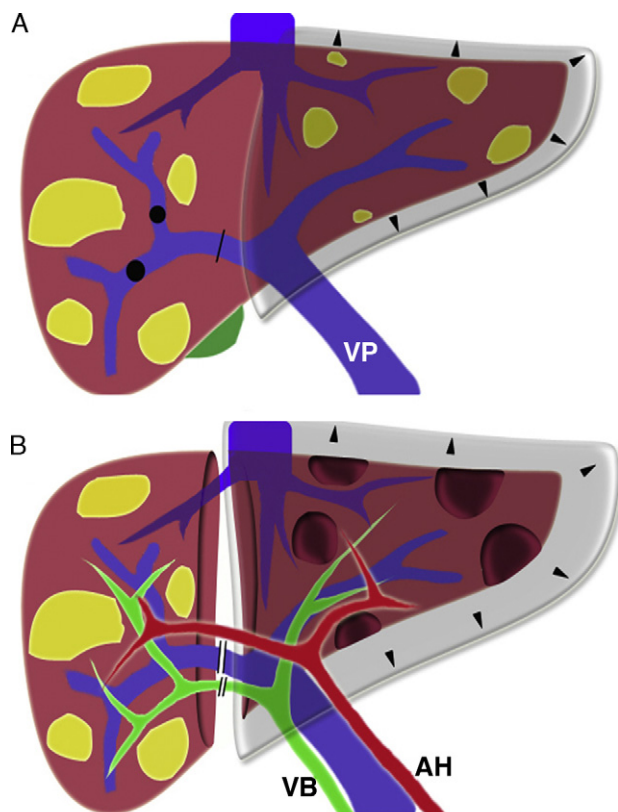


Figura 1 – A) Hipertrofia hepática contralateral luego de ligadura o embolización portal. B) Técnica quirúrgica de hepatectomía en dos tiempos con partición hepática in situ conservando únicamente la vascularización arterial y el drenaje suprahepático del hígado derecho. Con el nuevo método se reportaron incrementos del remanente hepático futuro de 40 a 160% en 6 días.
AH: arteria hepática; VB: vía biliar; VP: vena porta.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253194>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253194>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)