

Caso Clínico Hígado

- Sexo femenino 44 años
- Sin antecedentes
- Buen estado de salud
- Hígado aumentado de tamaño y doloroso
- Ecografía multiples imágenes hipoecocicas

Caso Clínico Hígado



Tumor extenso en hígado
derecho

+

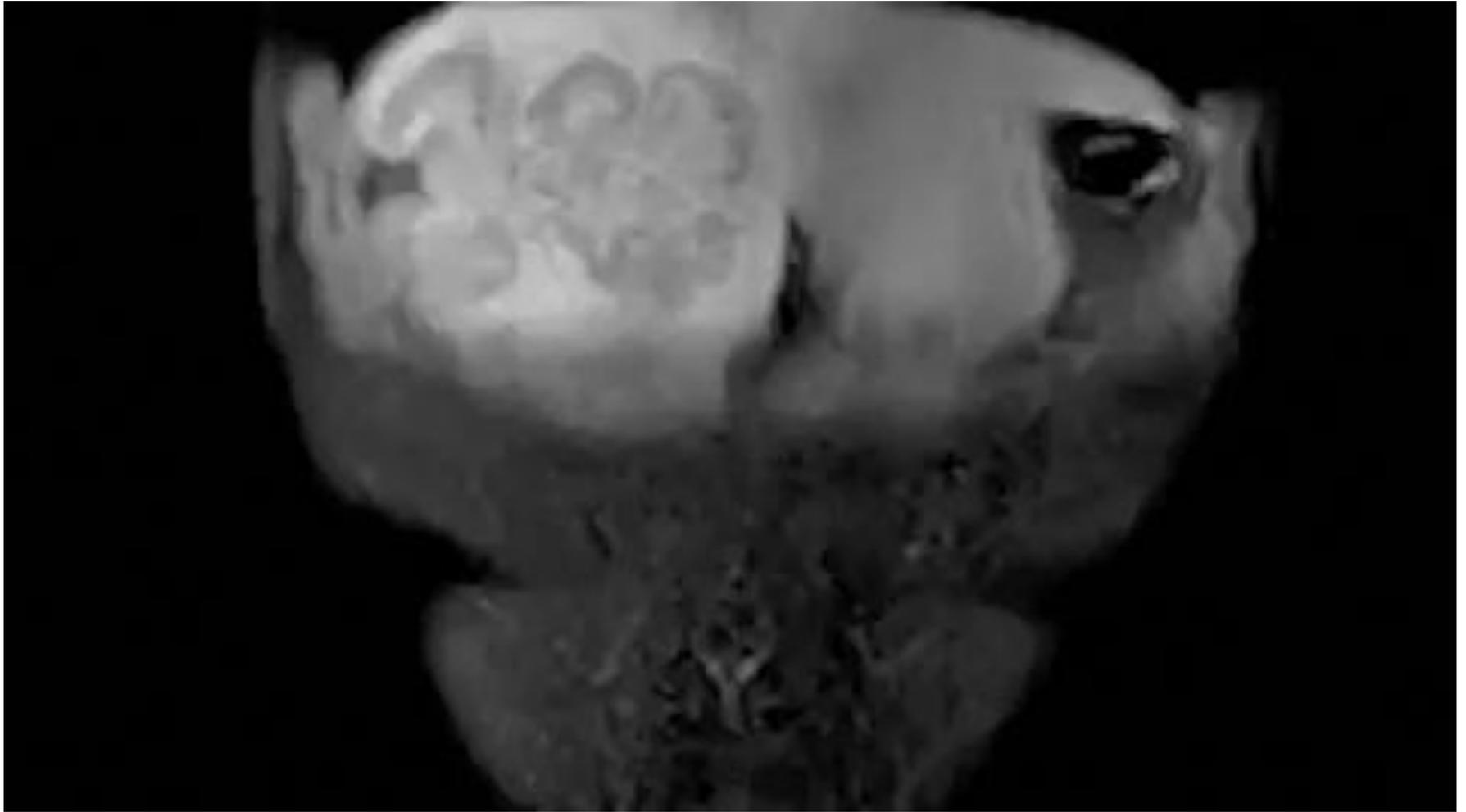
Nódulos en segmentos
izquierdo



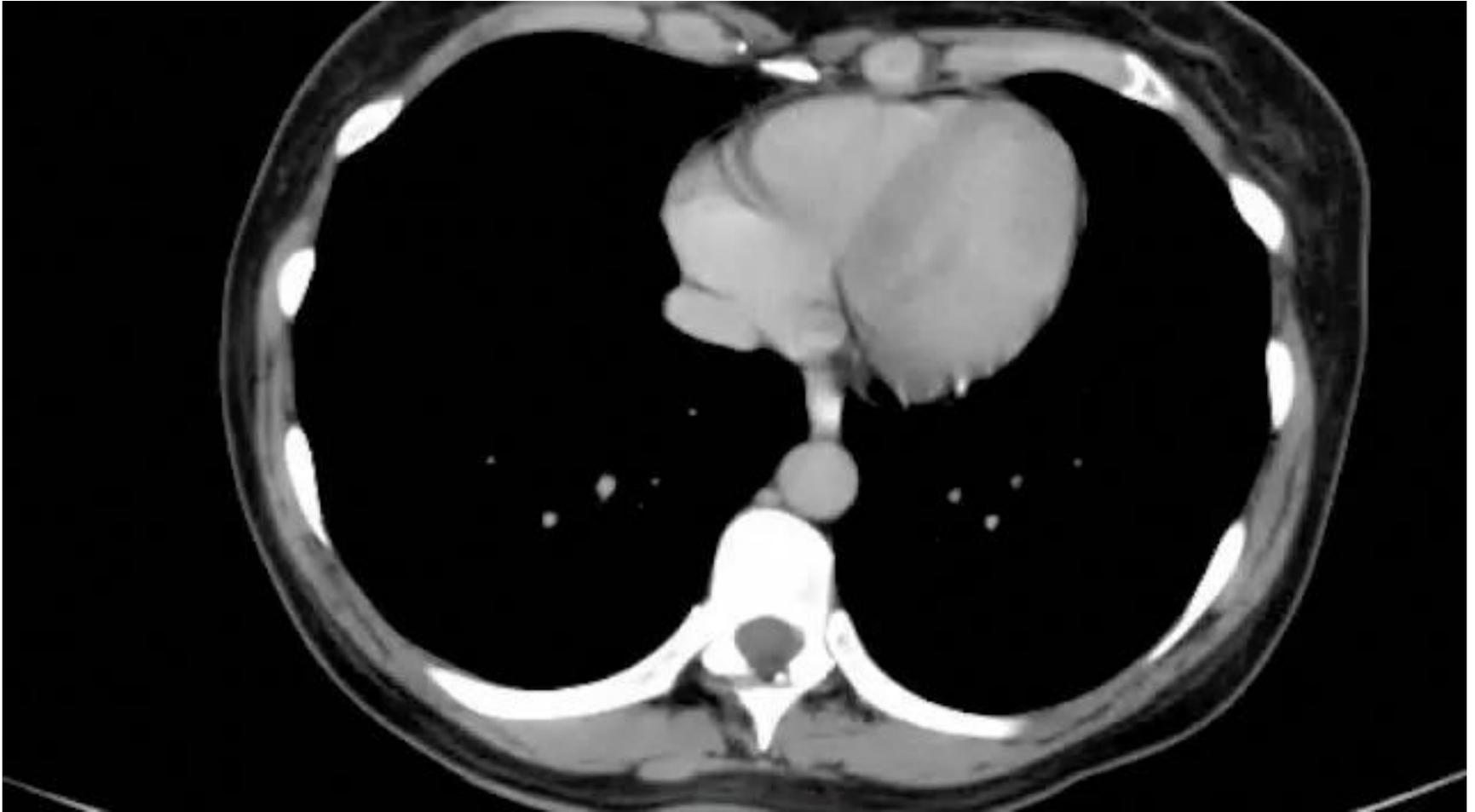
Caso Clínico Hígado

- Como lo estudiaría?
- VCC
- TC multi slice
- Lab con CEA
- Pet
- Todos?

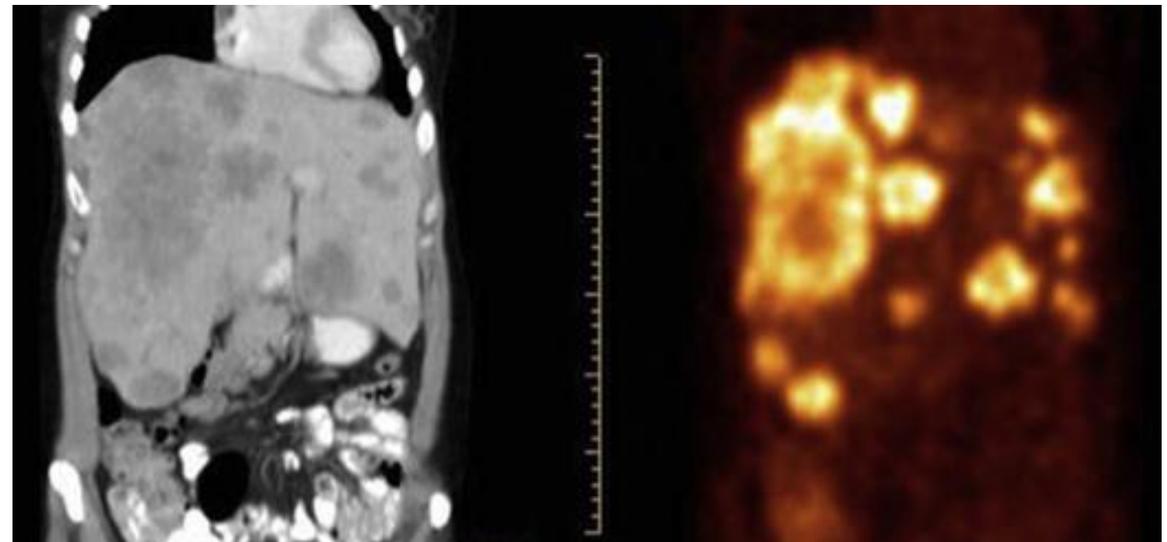
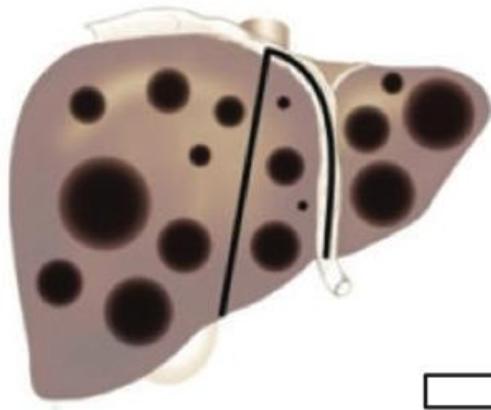
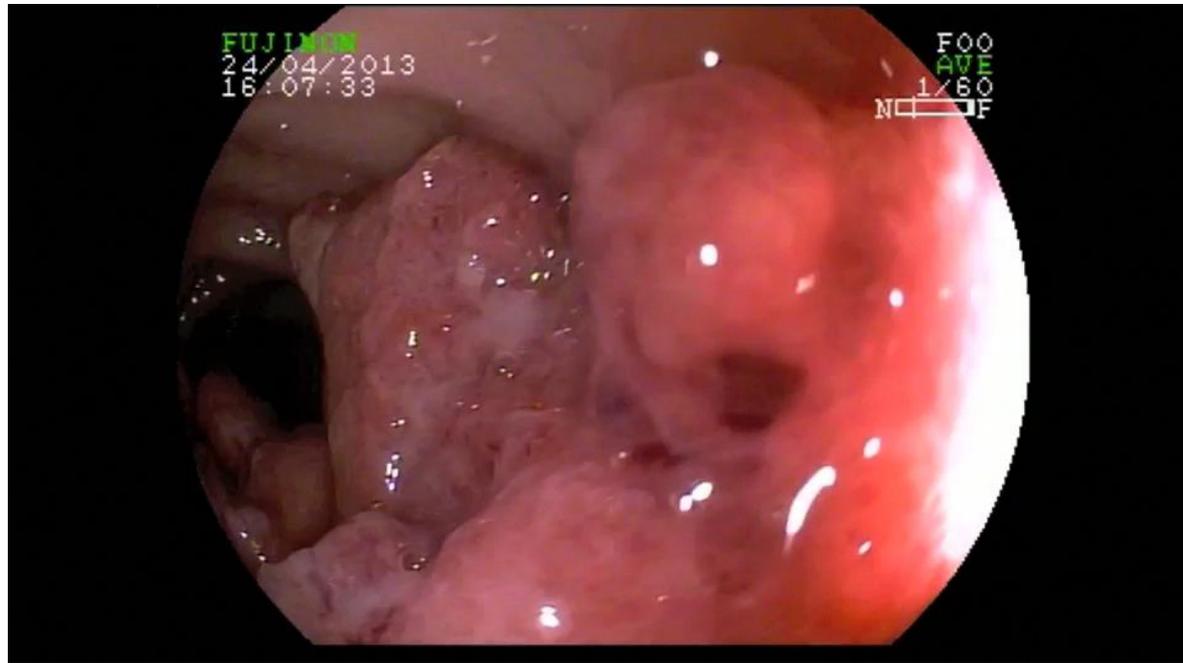
Caso Clínico Hígado



Caso Clínico Hígado



Caso Clínico Hígado



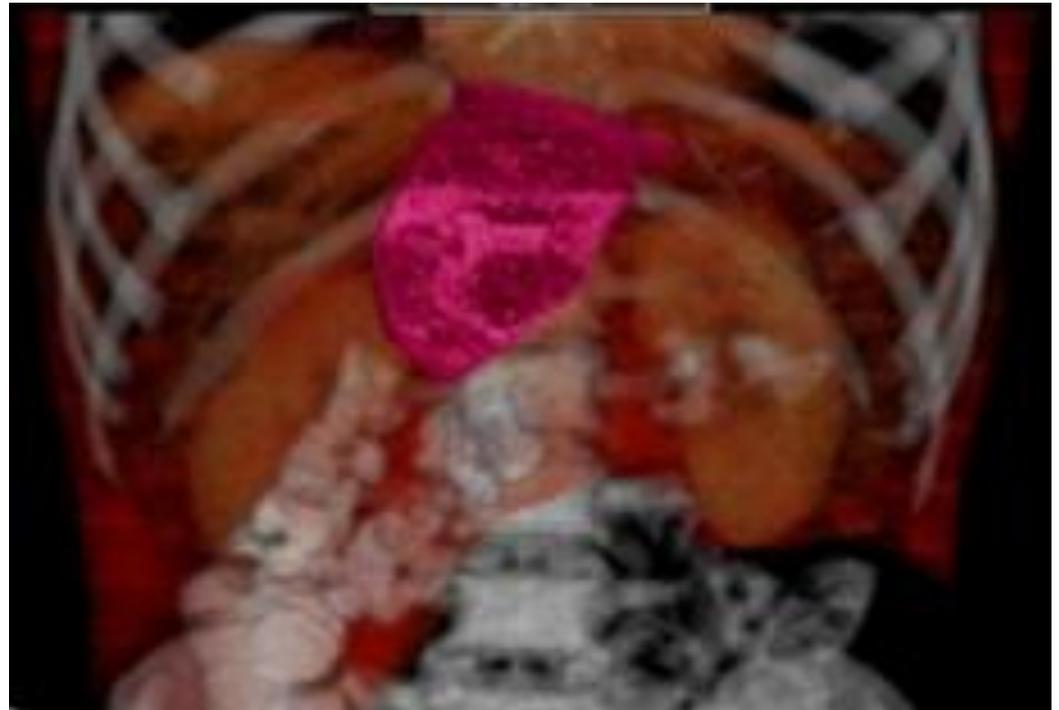
Caso Clínico Hígado

Peso 55kg

Cea: 250mU/dl

Gen Kras: wild type

Volumetria: 180cc
preoperatoria

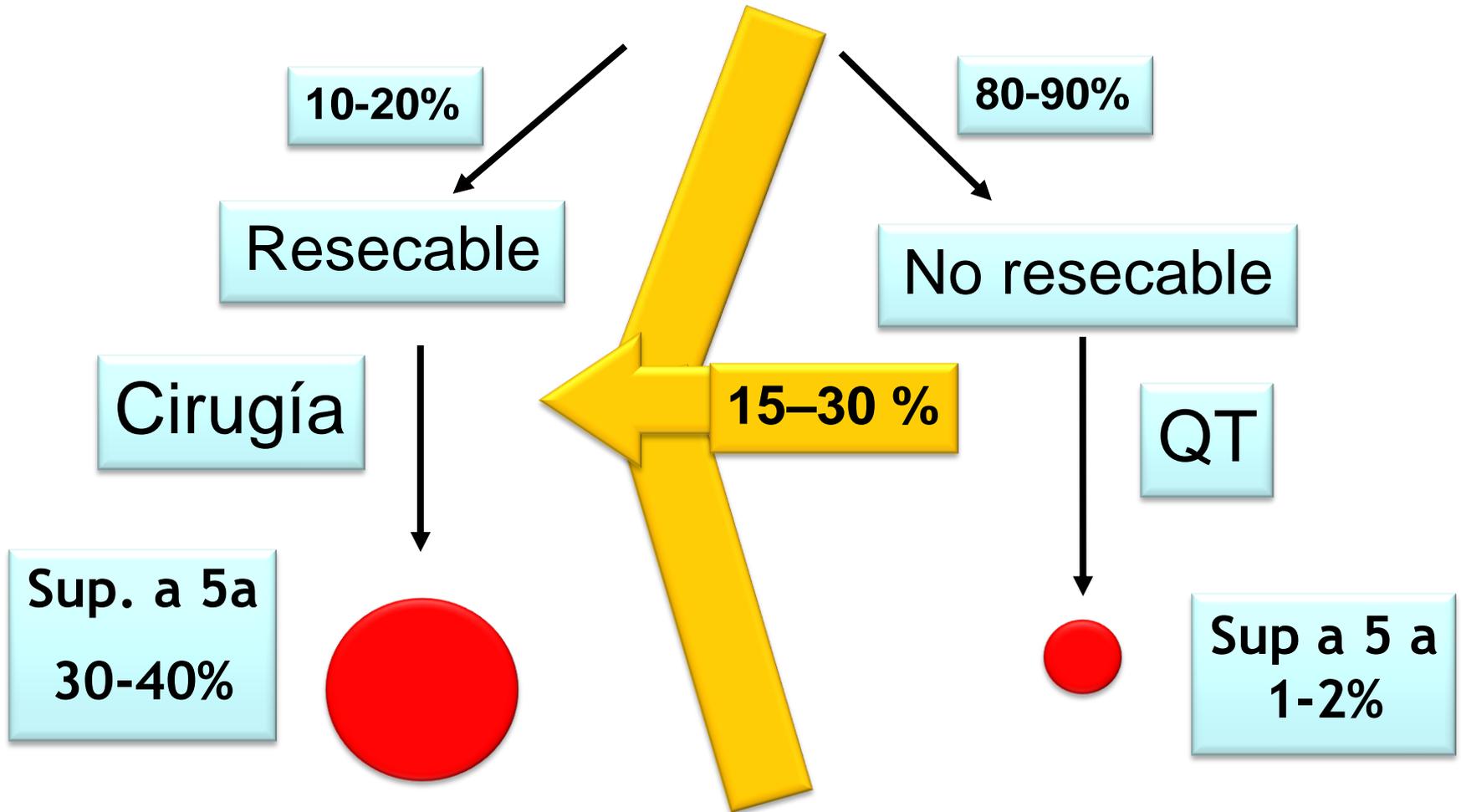


Ud Que haría?

1. Tto qmt de conversión perioepratorio?
2. Reseccion del primario?
3. Reseccion del primario y cirugia hepática en 2 tiempos?
4. Mejor soporte clínico y ttos paliativos?

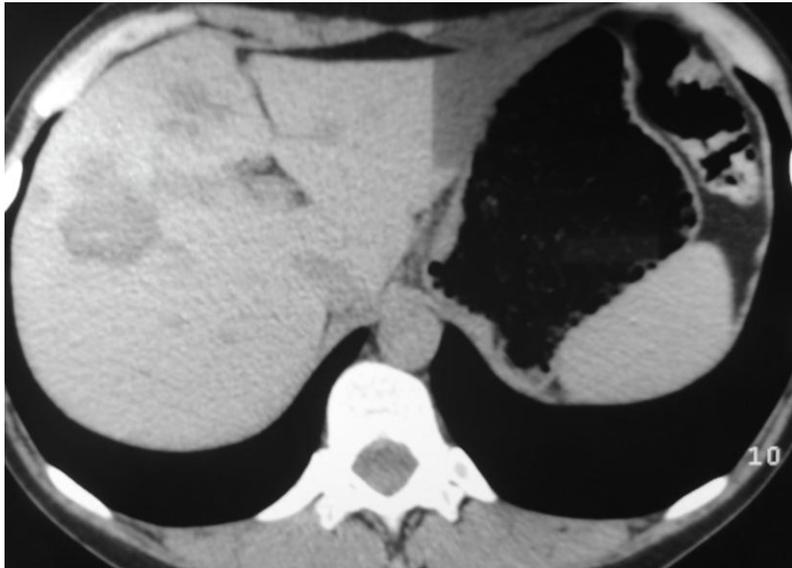
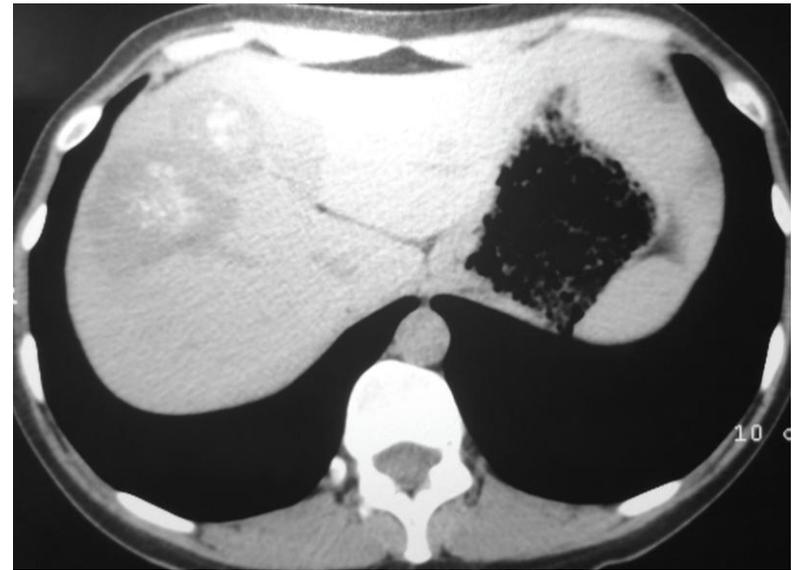
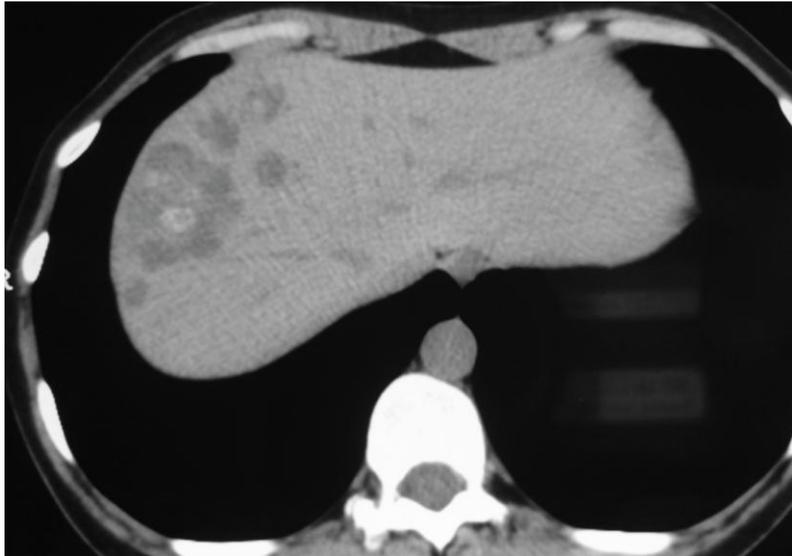
Caso Clínico Hígado

Se realizan 4 ciclos de qmt: Folfox con cetuximab 2 meses de tto

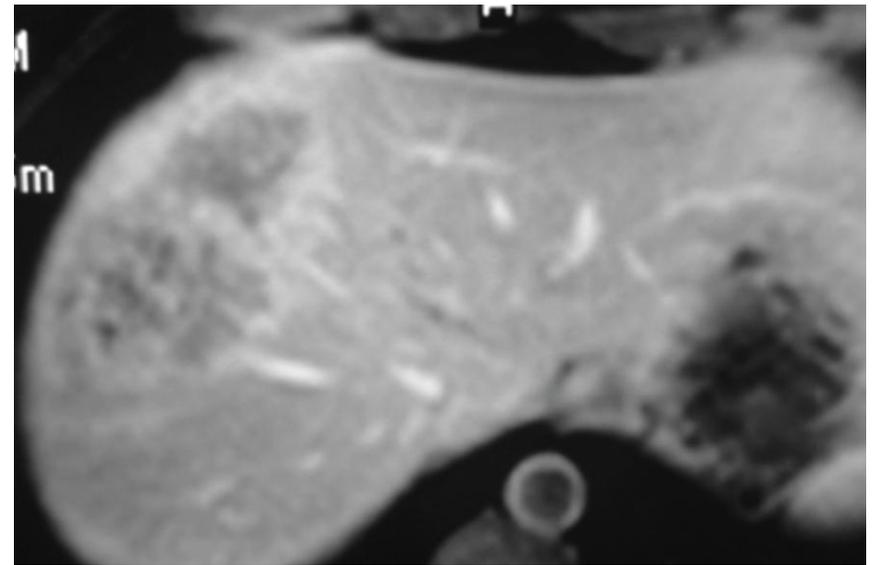
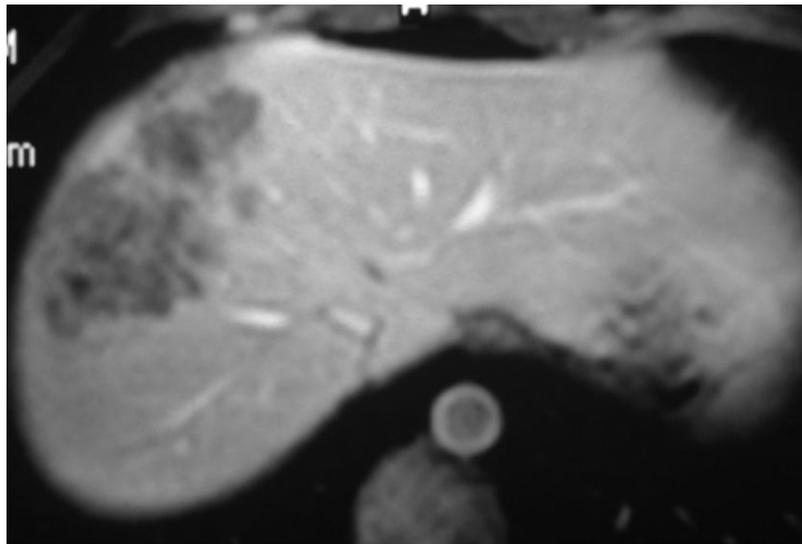
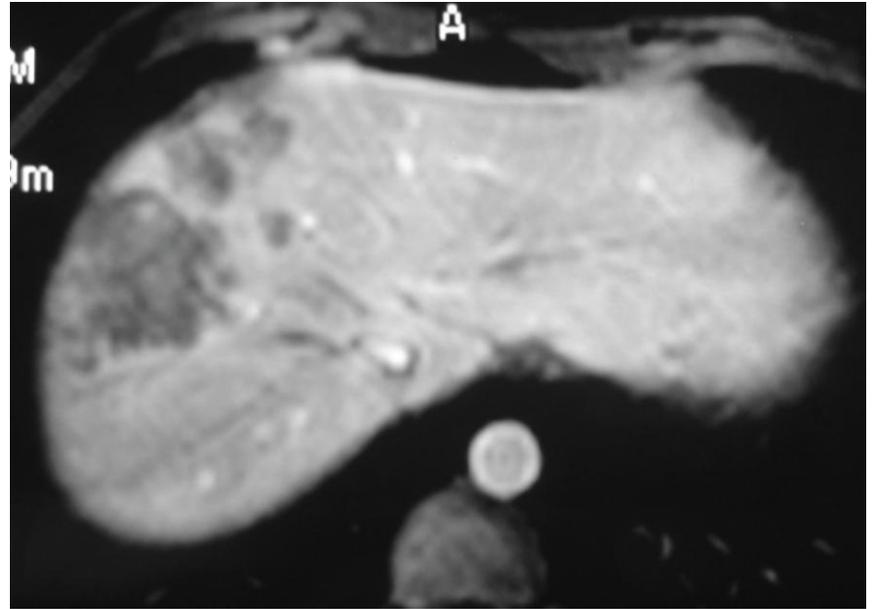
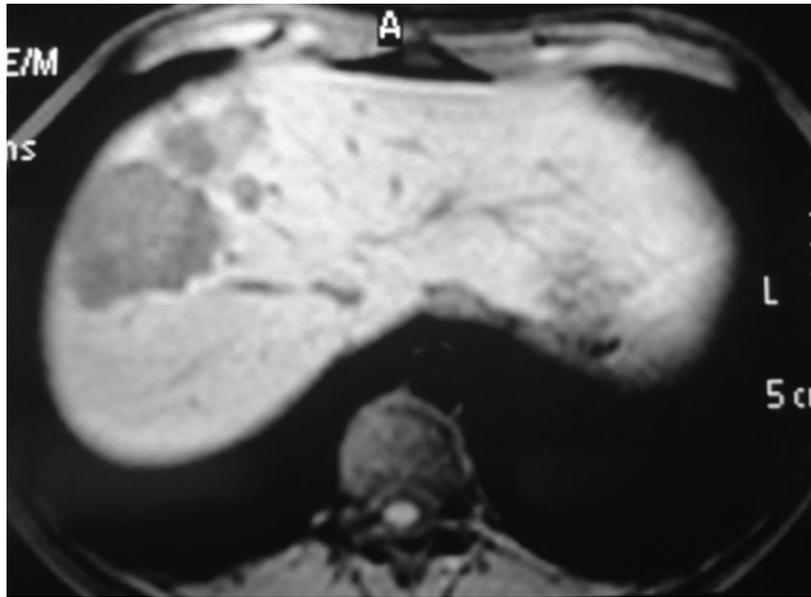


Caso Clínico Hígado

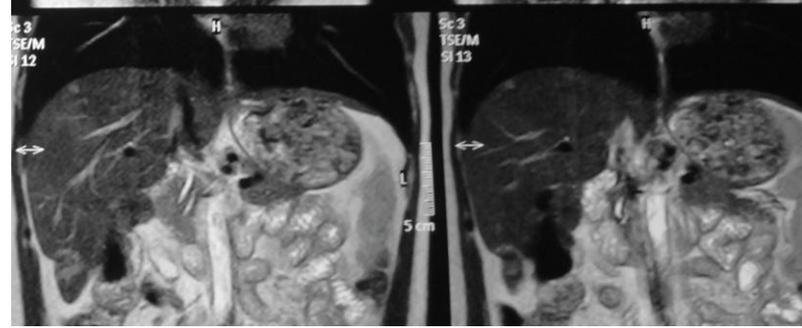
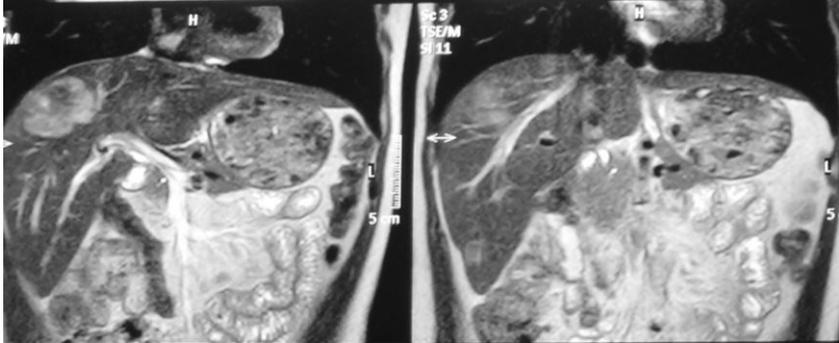
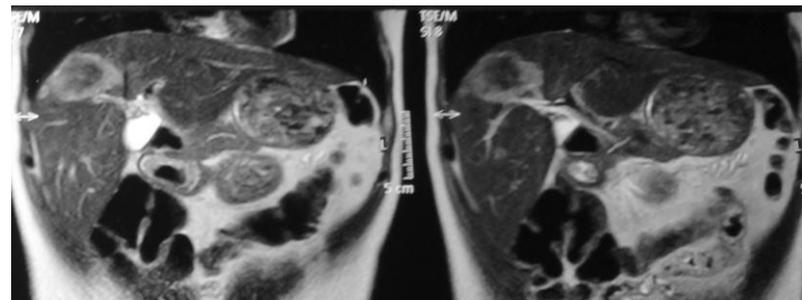
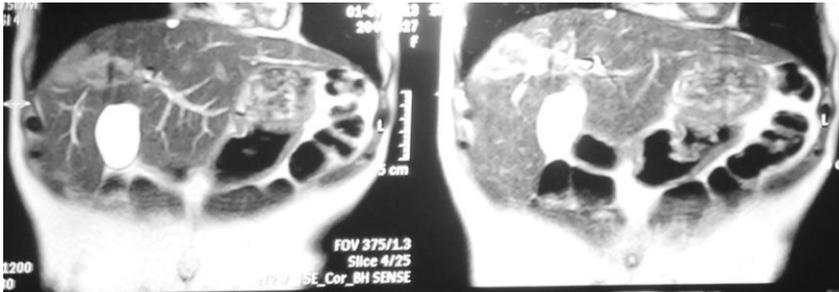
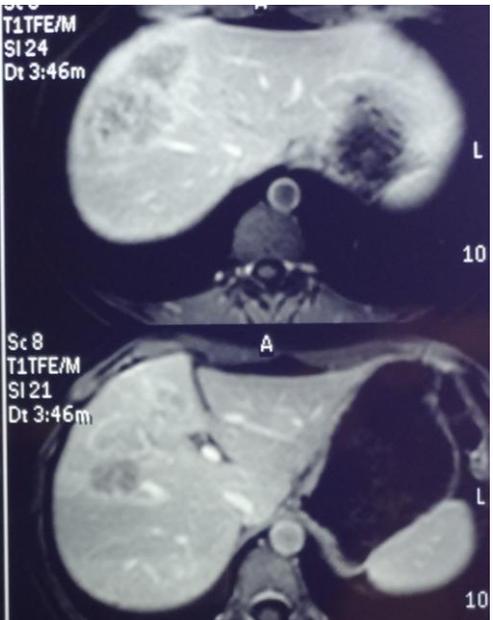
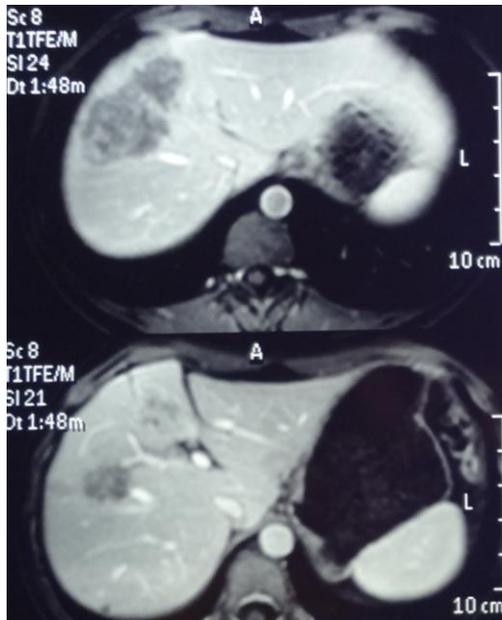
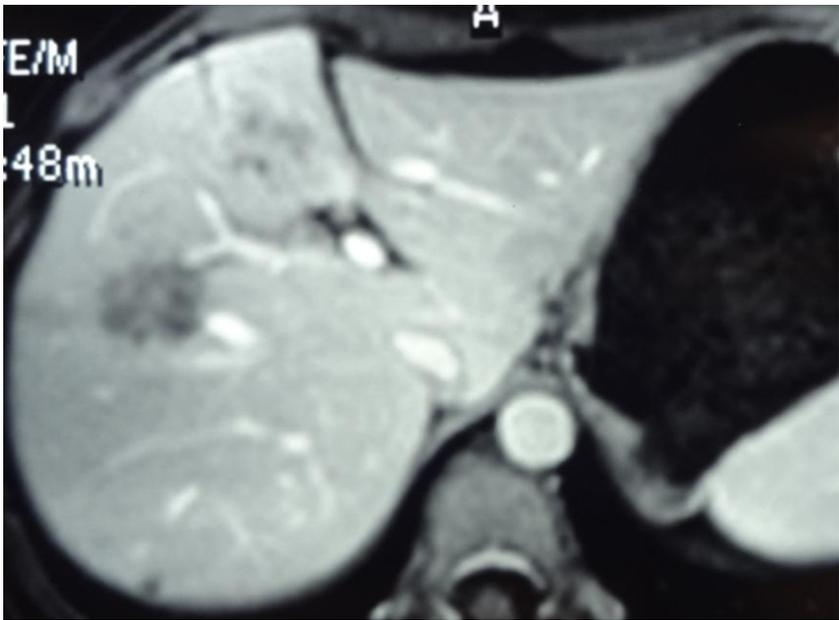
Reestadificación con TC multislice - RM gadolinio



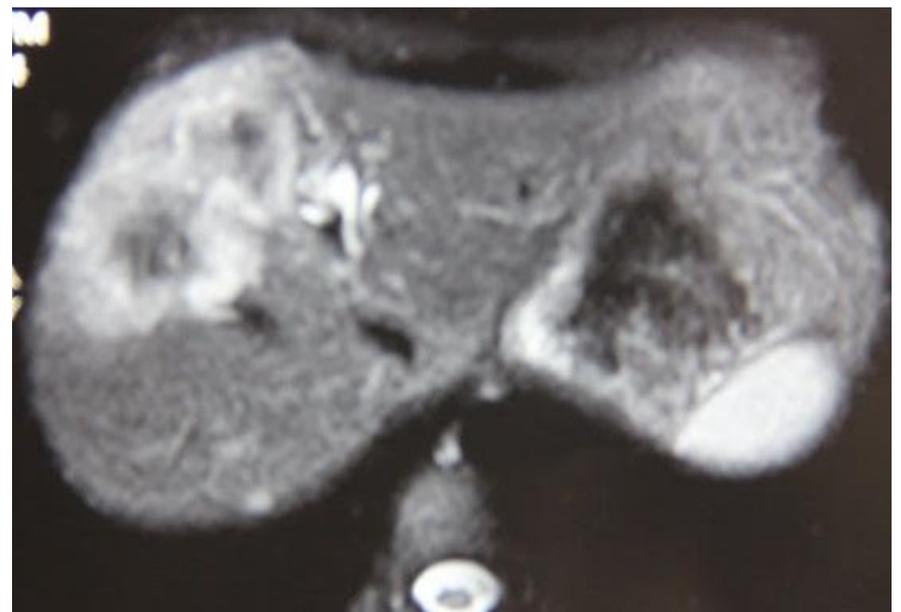
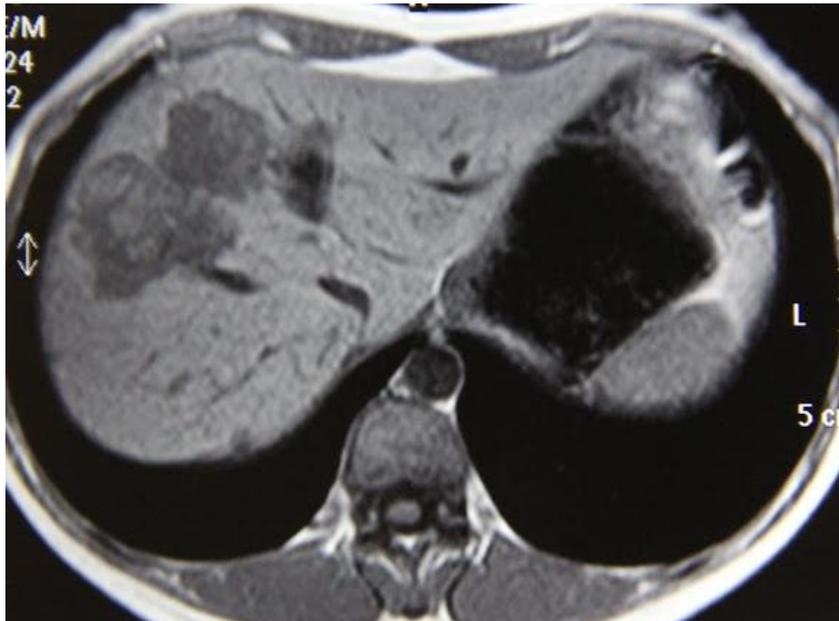
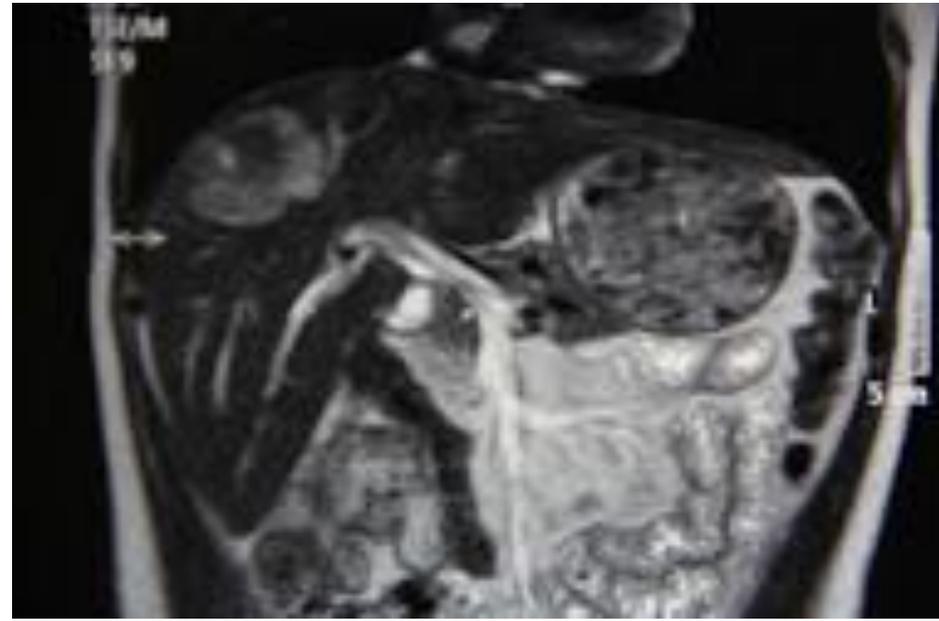
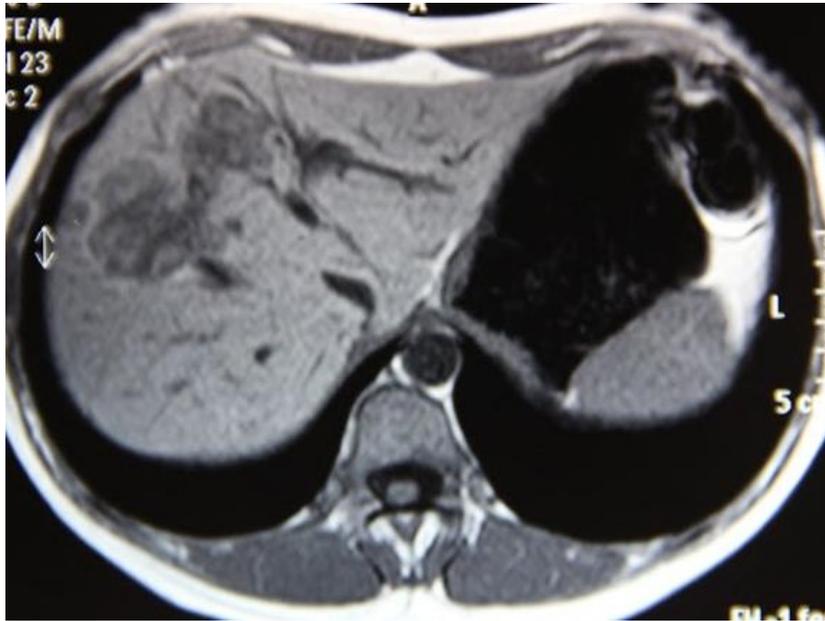
Caso Clínico Hígado



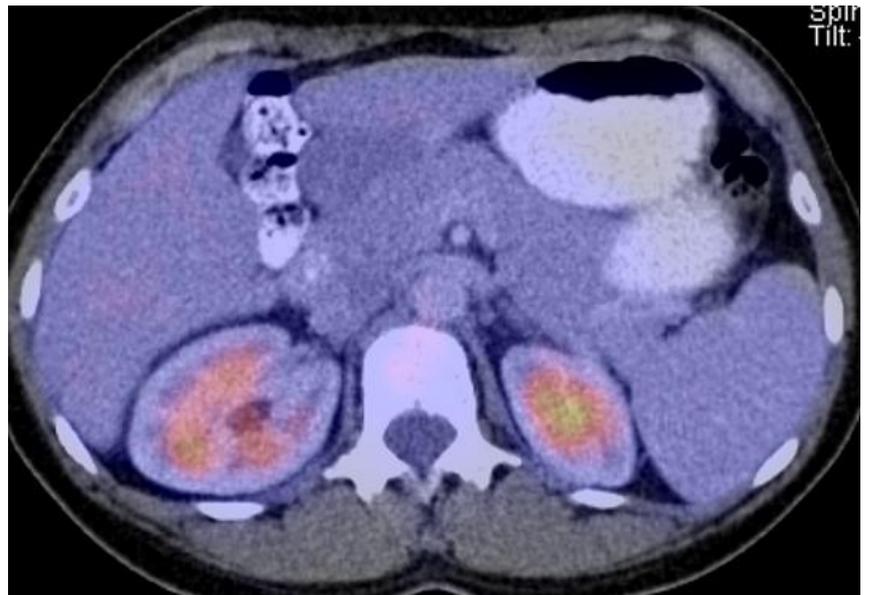
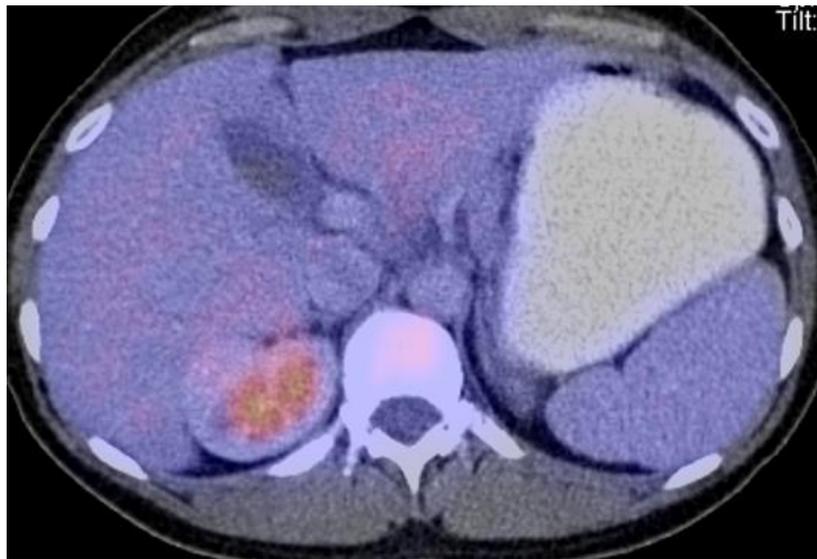
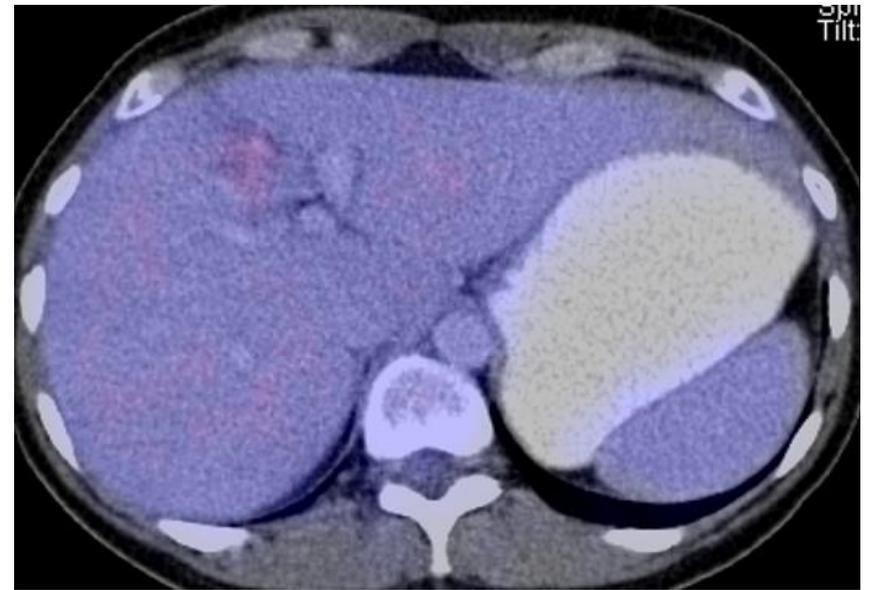
Caso Clínico Hígado



Caso Clínico Hígado



Caso Clínico Hígado



Ud que haría

- Continua con Qmt perioperatoria de conversión?
- Reseca el primario y continúa con Qmt para luego reseca Hígado?
- Reseca enfermedad hepática y luego sigmoides (opción inversa)?
- Reseca en forma simultánea hígado y sigmoides?

Si Ud opto por cirugía simultanea

Opta por:

- Resección simultánea convencional?
- Resección simultánea con estrategia en dos tiempos

Si Ud opto estrategia en dos tiempos simultanea

Opta por:

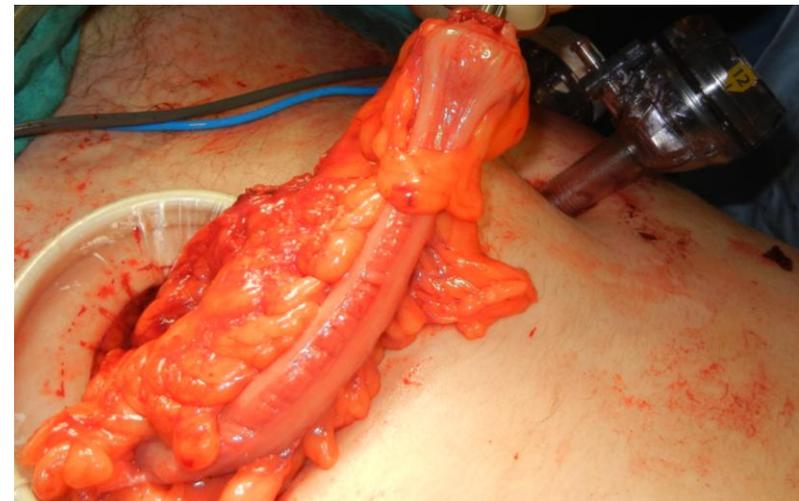
- 2 tiempos con ligadura portal?
- 2 tiempos con embolización portal?
- 2 tiempos con técnica Alpps?

Caso Clínico Hígado

Cirugía simultánea

Resección colon x video con trompa y ovario izquierdo

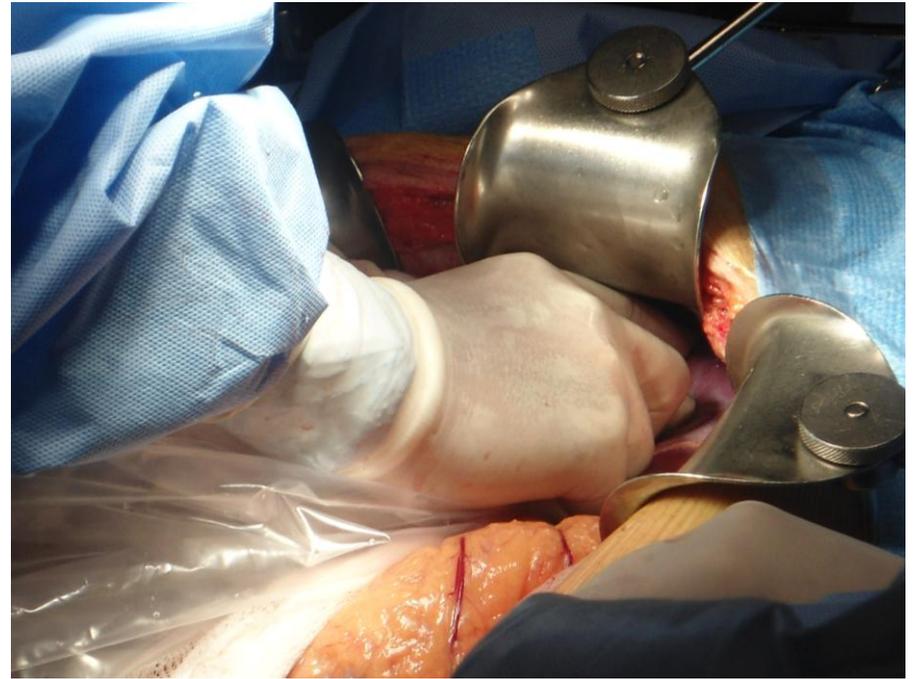
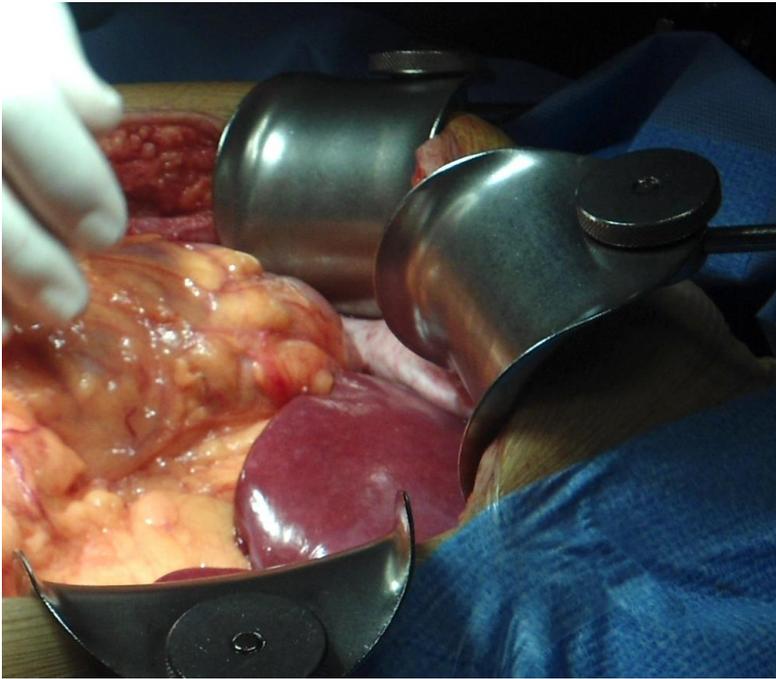
Reseccion colon
sigmoides VDLap
+
ALPPS



Dr Guillerom Ojea Quintana

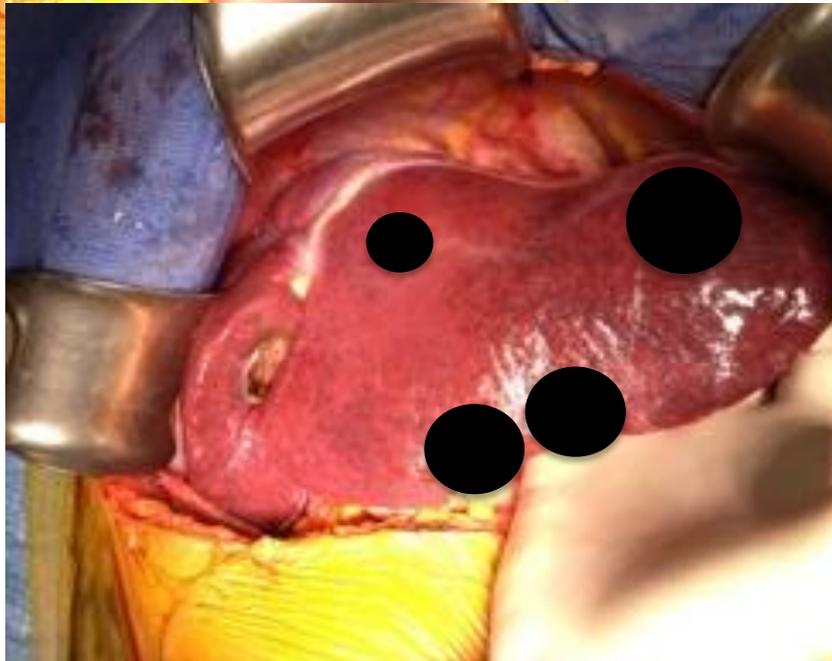
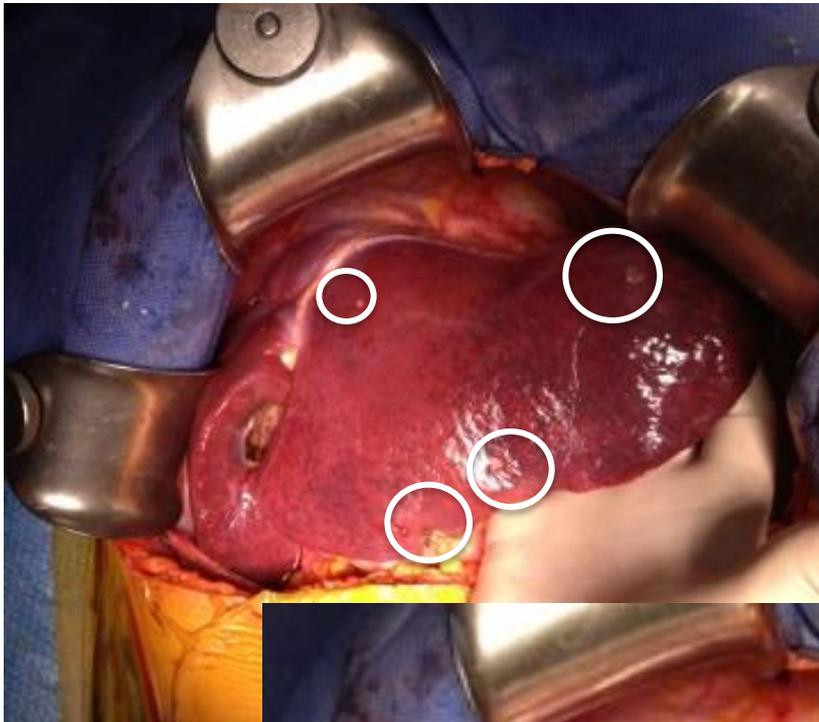
Estadificación

- Exploración de la cavidad abdominal con Eco IO. Descartar enfermedad local y extrahepática extendida.

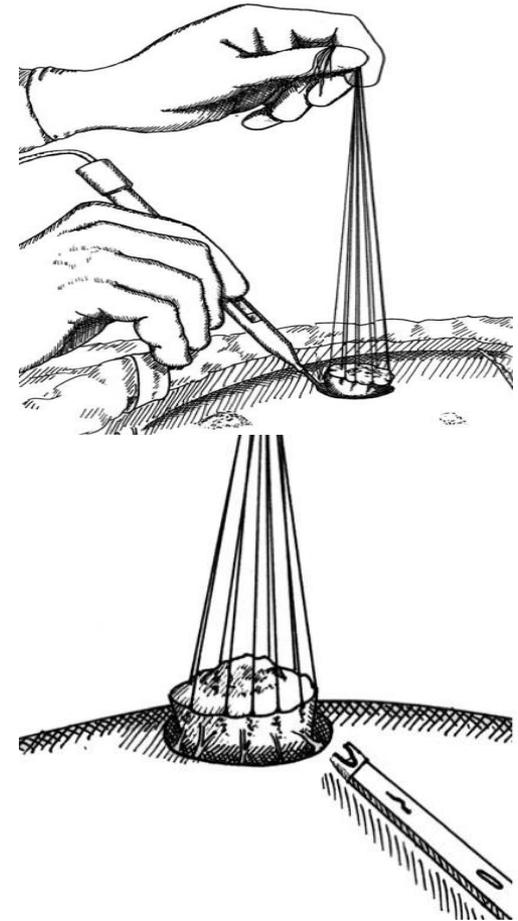


Schnitzbauer A, H. J. Schlitt HJ, et al Annals of Surgery 2012

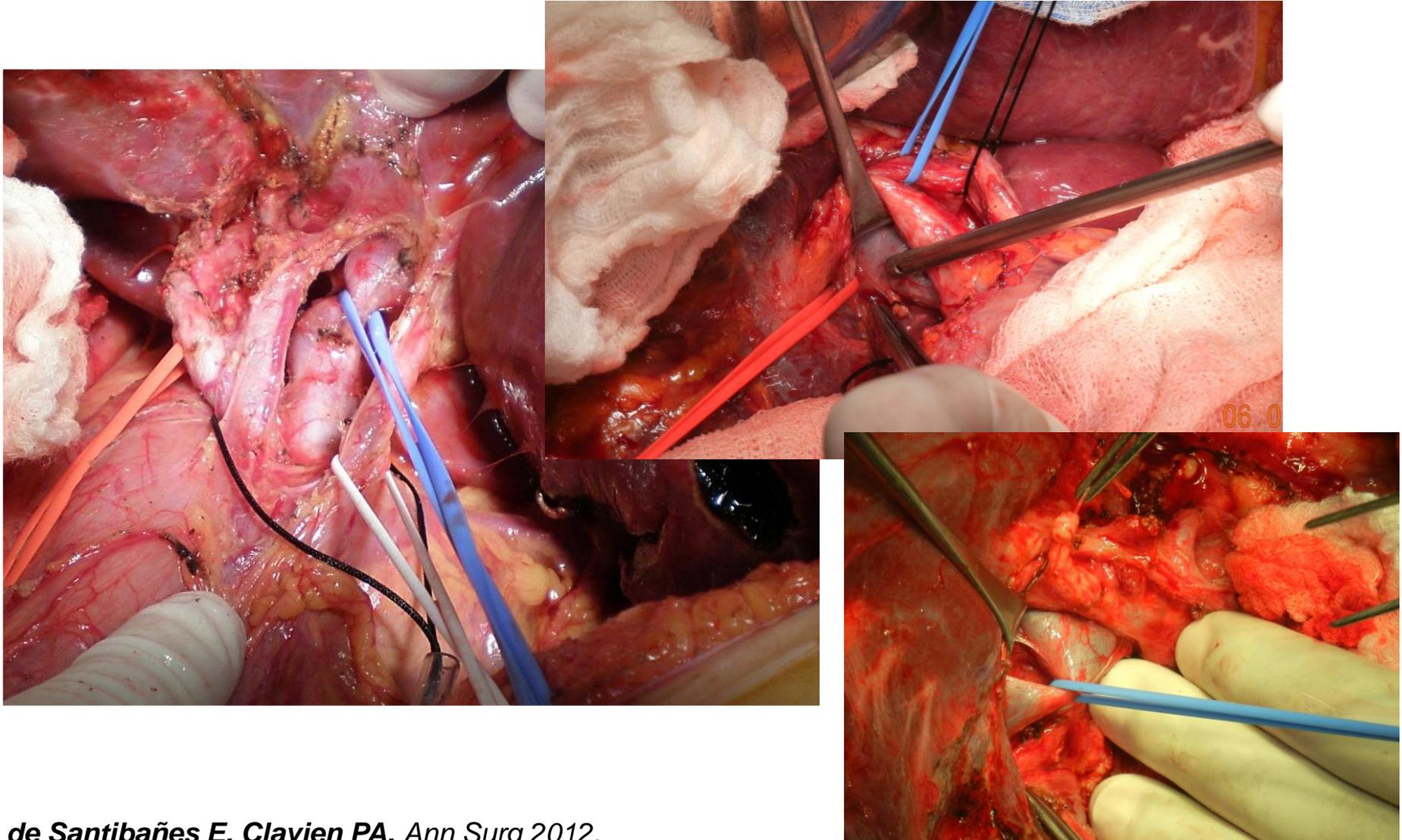
Alvarez FA, Ardiles V, de Santibañes E et al. J Gastrointest Surg. 2012



Limpieza FRH



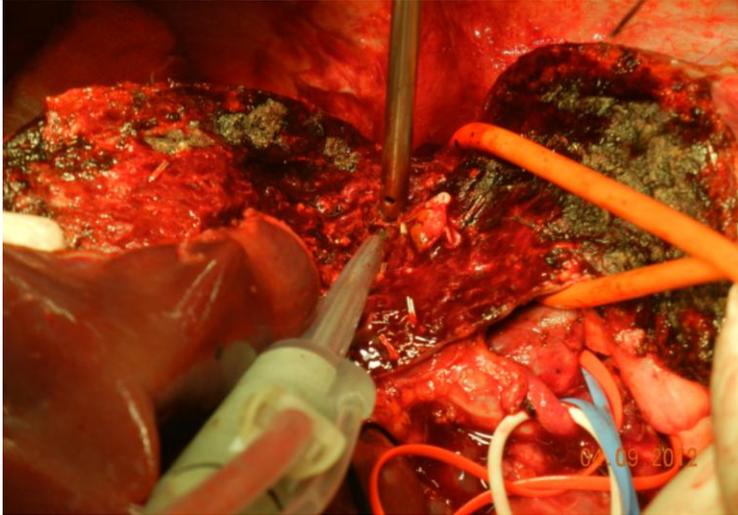
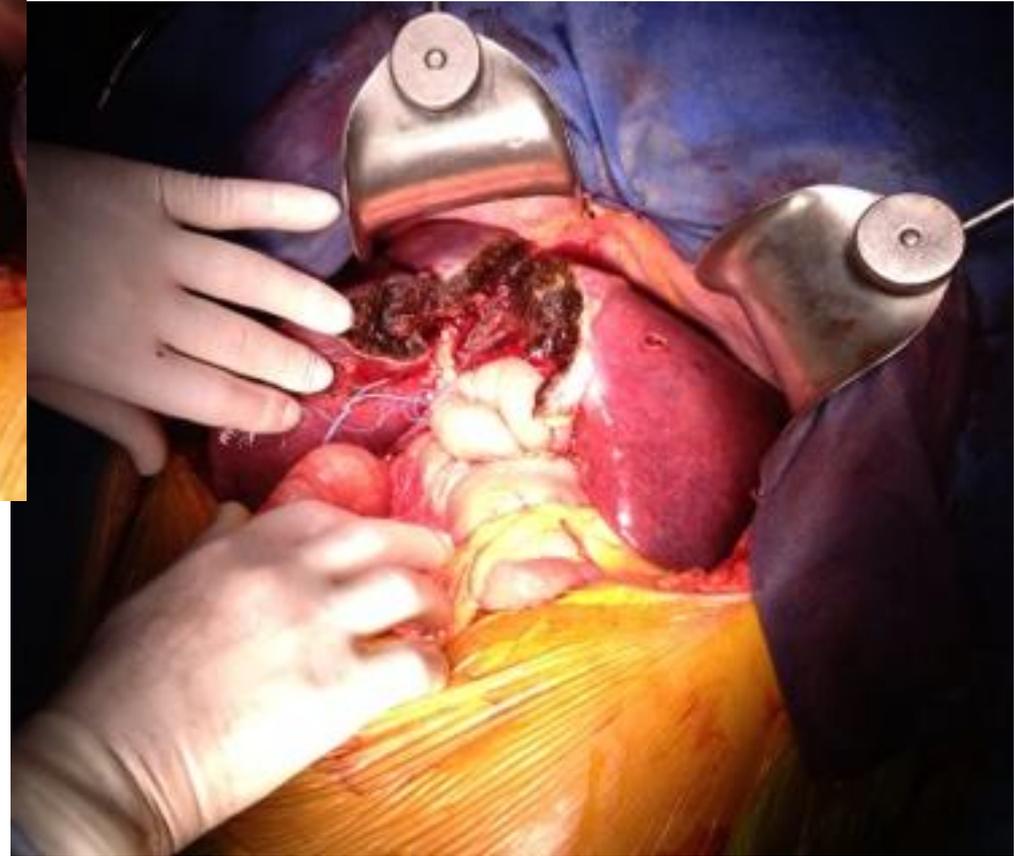
Linfadenectomía del Pedículo Portal



de Santibañes E, Clavien PA. Ann Surg 2012.

Alvarez FA, Ardiles V, de Santibañes E et al. J Gastrointest Surg. 2012

Abordaje Anterior



Resección de vía biliar x infiltración
Bihepaticoyeyuno-anastomosis

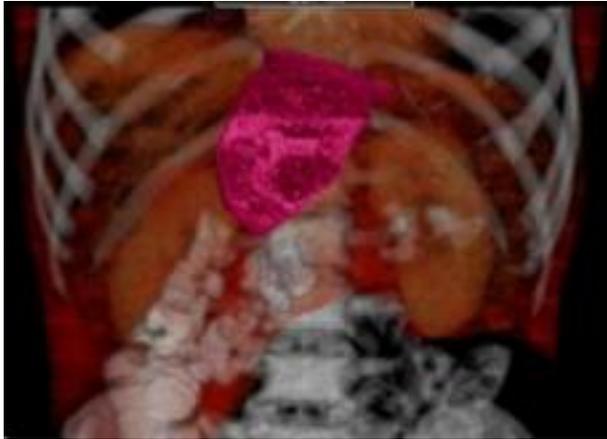
Re estadificación preoperatoria del segundo tiempo entre 6to día

Centellograma hepático

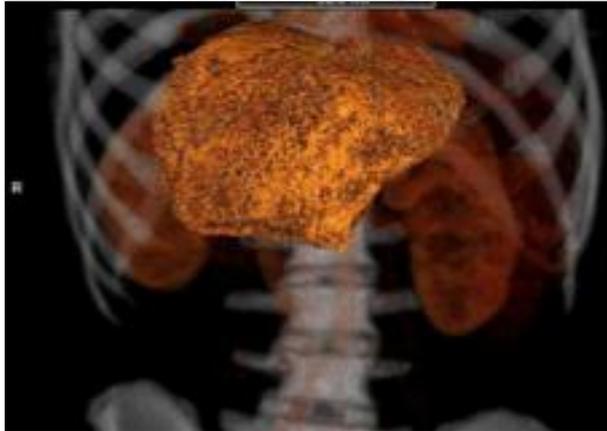
Nueva TC multislice con volumetría

Hipertrofia FRH

180cc

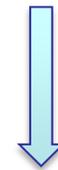


370cc



- 45a mujer con CRLM.
- Folfox-Cetuximab **4 ciclos**)

6 días despues del 1er tiempo del ALPPS



+100% Hipertrofia

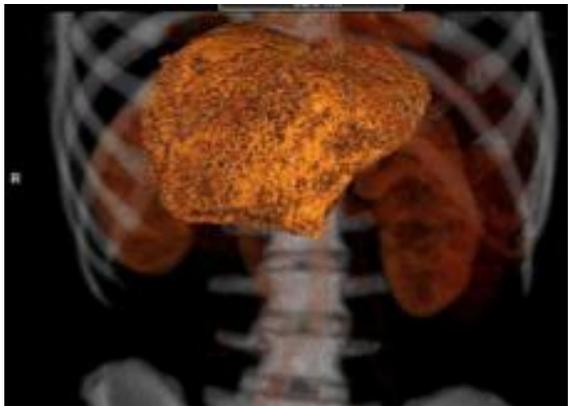
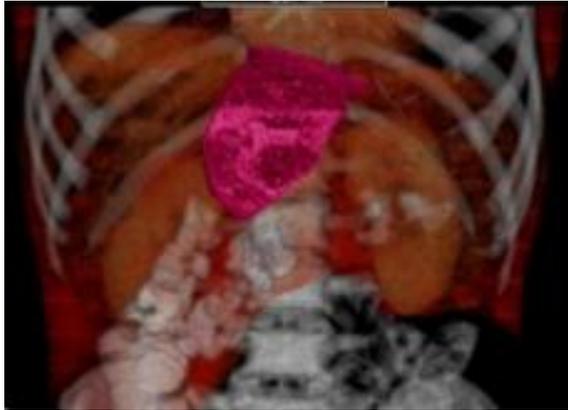
Ulla M, Ardiles V, de Santibañes E et al. Hepatogastroenterology 2012

Knoefel W T et al. British Journal of Surgery 2013

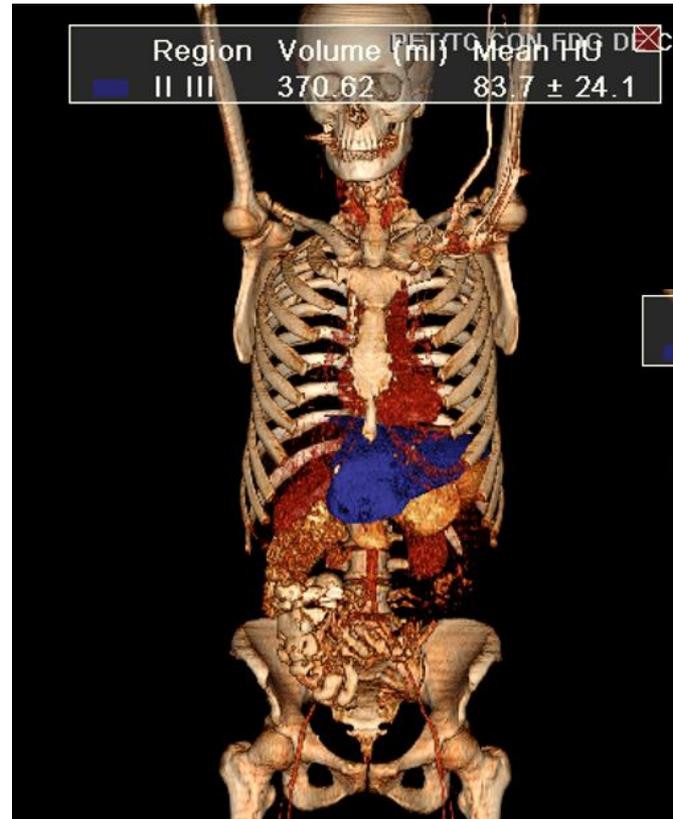
Donati M, et al. Ann Surg. 2012

Volumetría FRH

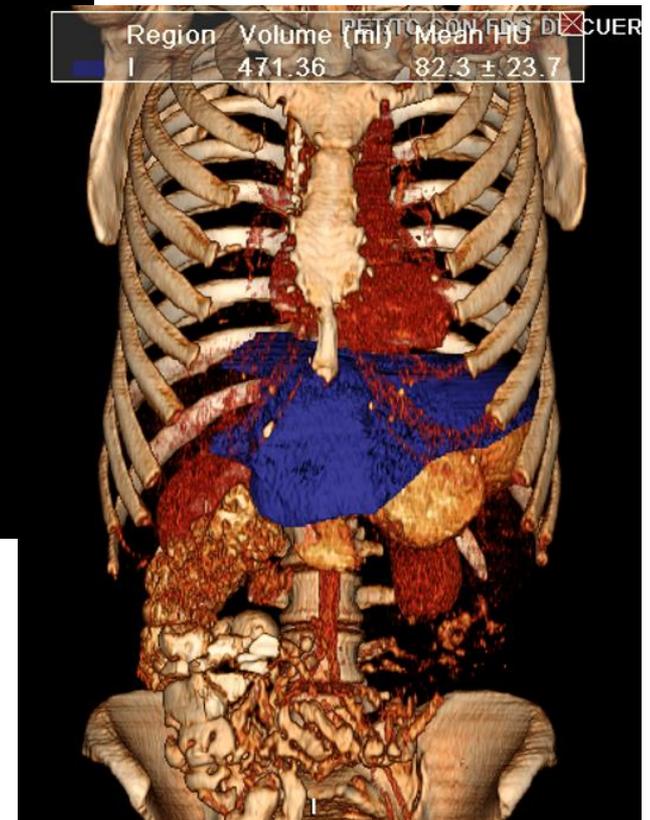
180cc



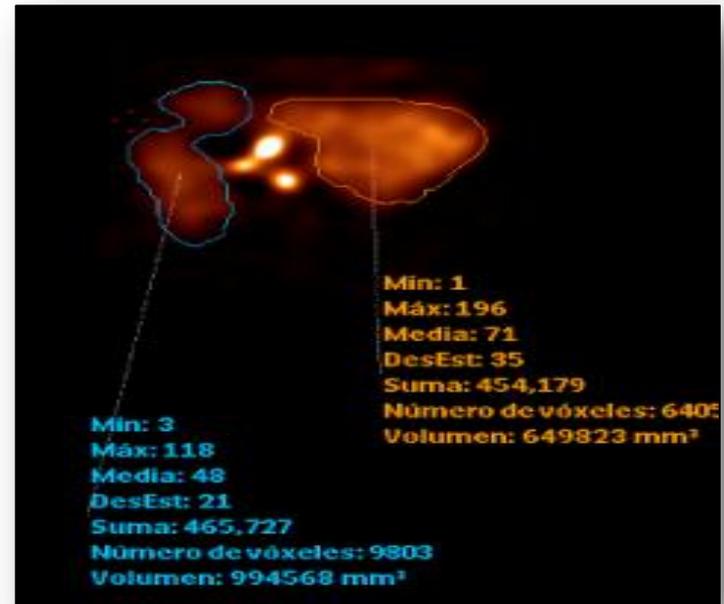
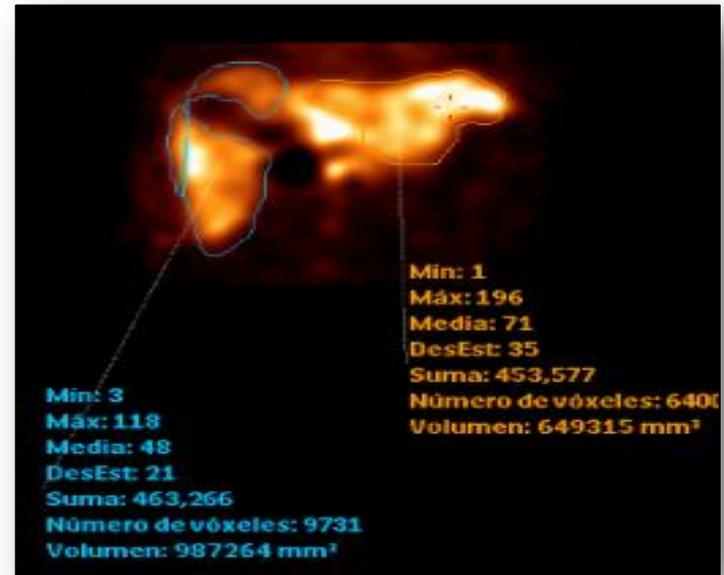
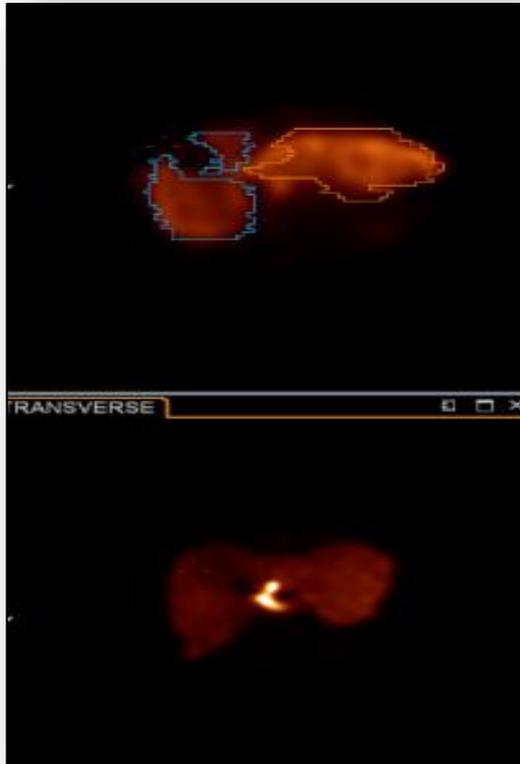
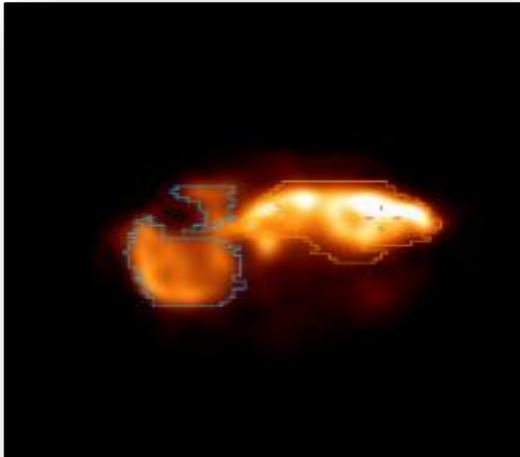
370cc



441cc



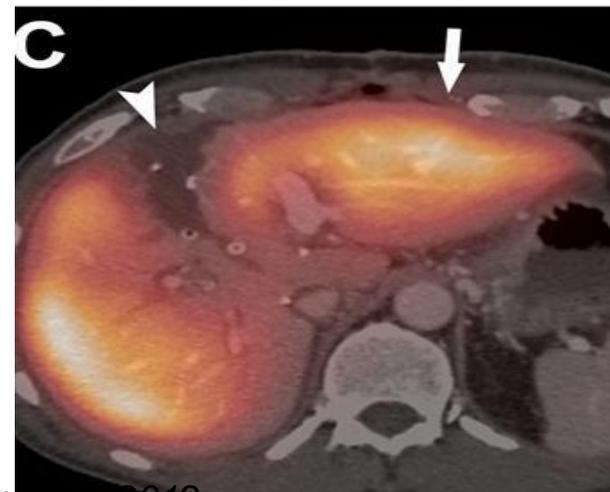
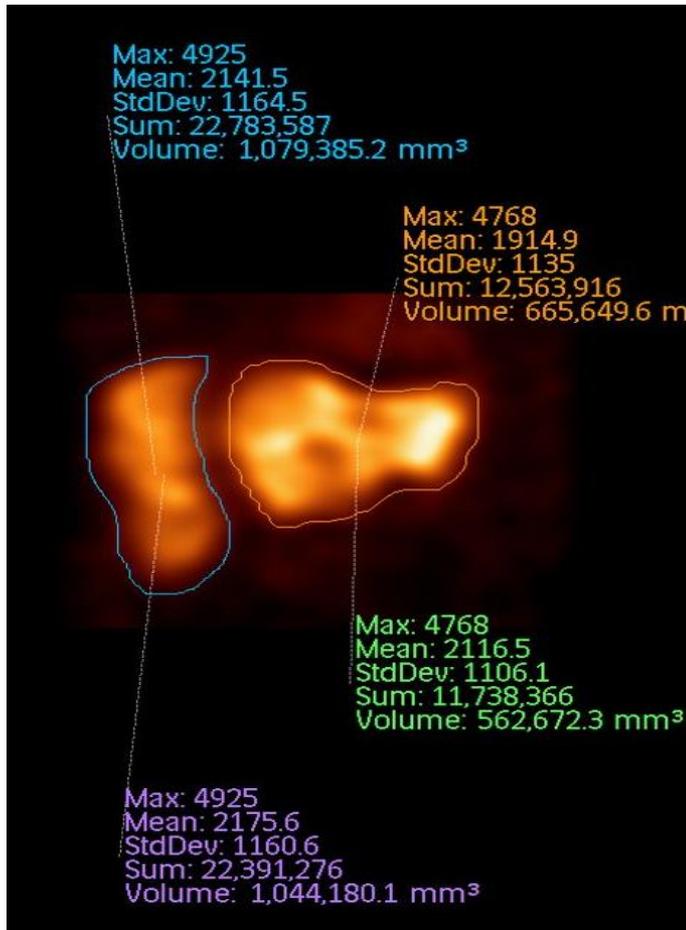
Caso Clínico Hígado



Hígado auxiliar temporario

- El hígado enfermo que se removerá es responsable del 60% de la función total al día 6 post-op. ALPPS.
- Fenomeno de preacondionamiento

Asiste el crecimiento del FRH, metabolismo, síntesis y detoxificación durante la primer semana de la resección.



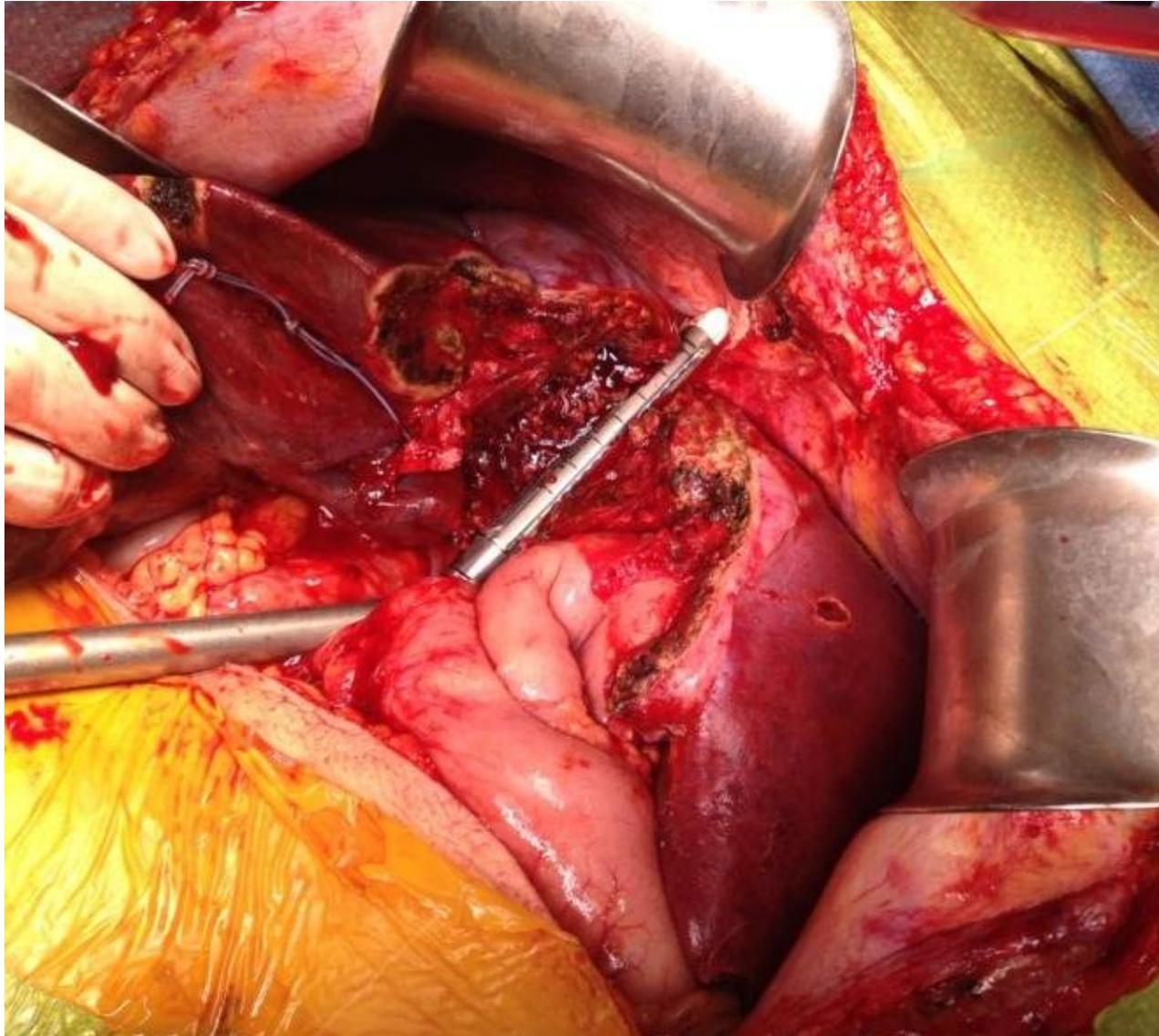
Ud que haría

- Alta y difiere el segundo tiempo?
- Continúa rápidamente con el segundo tiempo xq ya alcanzo una volumetria adecuada?

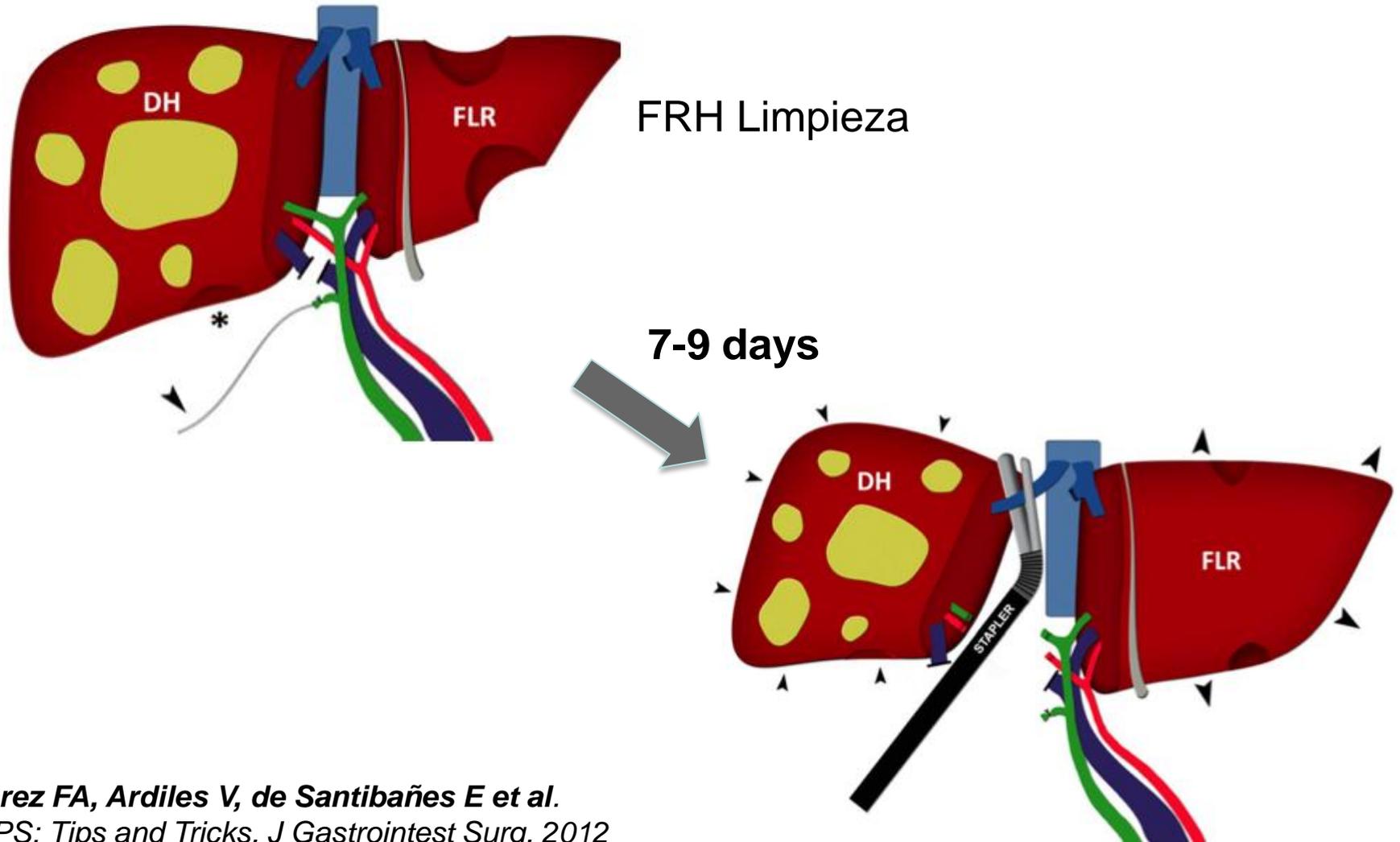
Segundo tiempo



Segundo tiempo



Caso Clínico Hígado



*Alvarez FA, Ardiles V, de Santibañes E et al.
ALPPS: Tips and Tricks. J Gastrointest Surg. 2012*

Se terminan los dos tiempos alta con ileostomía y buena evolución sin desvíos post operatorios 10 días de internación.

Ud que haría?

- Continúa rápidamente con qmt antes del cierre de ileostomía
- Espera el cierre de ileostomía para luego comenzar con quimio

Intervalo corto

Rápida hipertrofia permite un corto intervalo de 6-9 días entre ambos tiempos.

Poco probable la
progresión tumoral

Evita la infiltración tumoral en el
FRH
Escaso tiempo entre cirugías

Rápida recuperación
del paciente

Rápida iniciación de quimioterapia
adyuvante

Anatomía Patológica

MATERIAL RECIBIDO EN DIFERIDO:

I) RAIZ MESENERICA INFERIOR. BIOPSIA

GANGLIO LINFATICO SIN LESION

II) COLON IZQUIERDO. RESECCION

ADENOCARCINOMA DE BAJO GRADO (G2 DE LA OMS)

17 GANGLIOS LINFATICOS, 7 METASTASICOS (incluye 2 micrometastasis)

pT2 pN2 pM1

III) Ganglio de arteria hepática izquierda:

Ganglio linfático sin lesión

IV) Ganglio cístico:

Ganglio linfático sin lesión

V) Vesícula biliar:

Histoarquitectura conservada

VI) Ganglio del pedículo hepático:

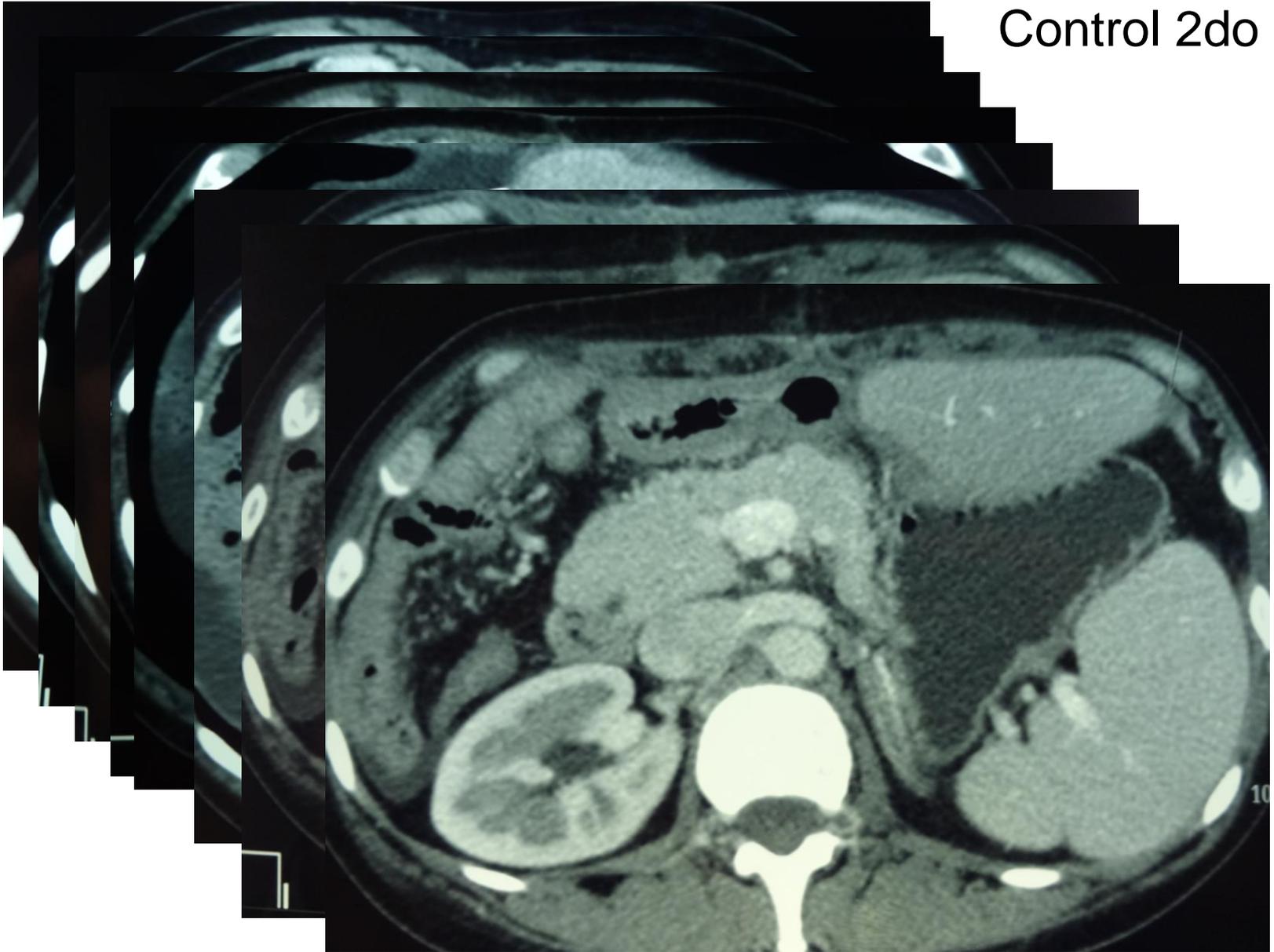
Ganglio linfático sin lesión

VII) Metastasis hepática:

METASTASIS DE ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO

MARGENES QUIRURGICOS SIN LESIÓN

Control 2do mes



Respecto a la quimioterapia postoperatoria

Ud que haría?

- Continúa con el mismo esquema de quimioterapia
- No realiza más quimioterapia ya que todo esta tratado
- Cambia el esquema de quimioterapia

Caso Clínico Hígado

Continúa con igual QMT hasta cumplir los seis meses



Gracias