



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## IMAGEN CLÍNICA

### Hepatectomía izquierda extendida para colangiocarcinoma intrahepático masivo en paciente con malformación congénita de la vena cava inferior

### Extended left hepatectomy for massive intrahepatic cholangiocarcinoma in a patient with congenital malformation of the inferior vena cava

P. Leal-Leyte<sup>a,b</sup>, C.U. Camarillo-Sánchez<sup>a</sup> y D. Zamora-Valdés<sup>b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Department of Organ Transplantation. Navy Medical Center, Mexico City, Mexico

<sup>b</sup> Mexico Liver Transplant Study Group, Mexico City, Mexico

<sup>c</sup> Department of Hepatobiliary Surgery and Organ Transplantation, KASCH, KAMC, Riyadh, KSA, Riyadh, Saudi Arabia

La resección es la única terapia con intención curativa para el colangiocarcinoma intrahepático (CCI). La hepatectomía izquierda extendida es técnicamente compleja y exigente; factores importantes para su éxito son: la interpretación adecuada de imágenes preoperatorias, la identificación del plano de sección y la prevención de complicaciones biliares. Presentamos el caso de una paciente con vena cava inferior (VCI) malformada, requiriendo hepatectomía izquierda extendida para CCI. Mujer de 50 años que presenta dolor epigástrico de 5 meses de evolución antes de la evaluación quirúrgica, en la que se detecta lesión hepática palpable. Laboratorios normales, antígeno carbohidrato (CA) 19-9 de 84 UI/ml. Imágenes contrastadas mostraron una lesión de 11 cm que realzaba periféricamente (segmentos 3, 4, 5, 6 y 8) con un nódulo S8 de 2.8 cm y un nódulo S4 de 1.5 cm

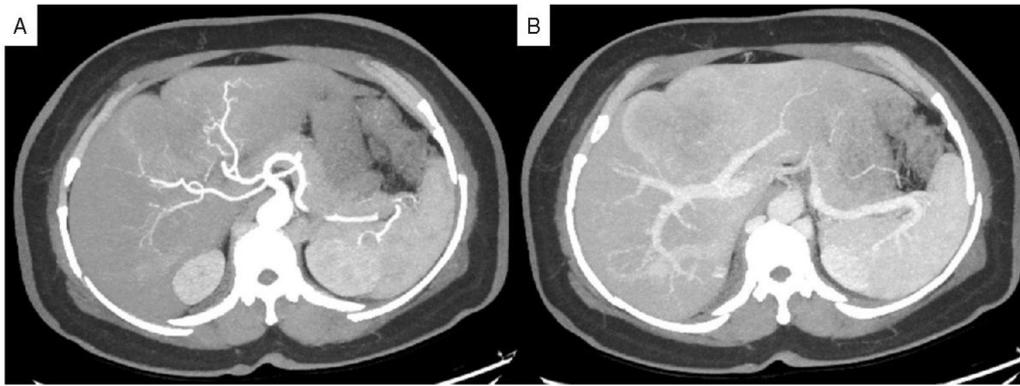
(fig. 1). La VCI duplicada con continuación ácigos bilateral y no se identificó cava retrohepática, confirmado mediante venografía (fig. 2). Se planificó hepatectomía izquierda extendida, preservando las 2 ramas laterales anómalas de la VCI derecha y respetando S1. Afluentes anormales drenaban el hígado hacia las venas frénicas inferiores (fig. 3). La paciente fue dada de alta 10 días después sin complicaciones (fig. 4). La patología reportó un CCI multifocal con extensión focal a grasa hiliar, encasillamiento portal izquierdo, invasión microvascular y perineural, ganglios linfáticos negativos (N0) y un margen vascular microscópico positivo (R1v). La paciente recibió quimioterapia adyuvante. Nueve meses después de la cirugía, la paciente tuvo una recurrencia intra y extrahepática, inició quimioterapia y falleció 2 años después.

\* Autor para correspondencia. Hepatobiliary Surgery and Organ Transplant Department KASCH, KAMC, MNGHA. Ar Rimayah, Riyadh 14611, Saudi Arabia.

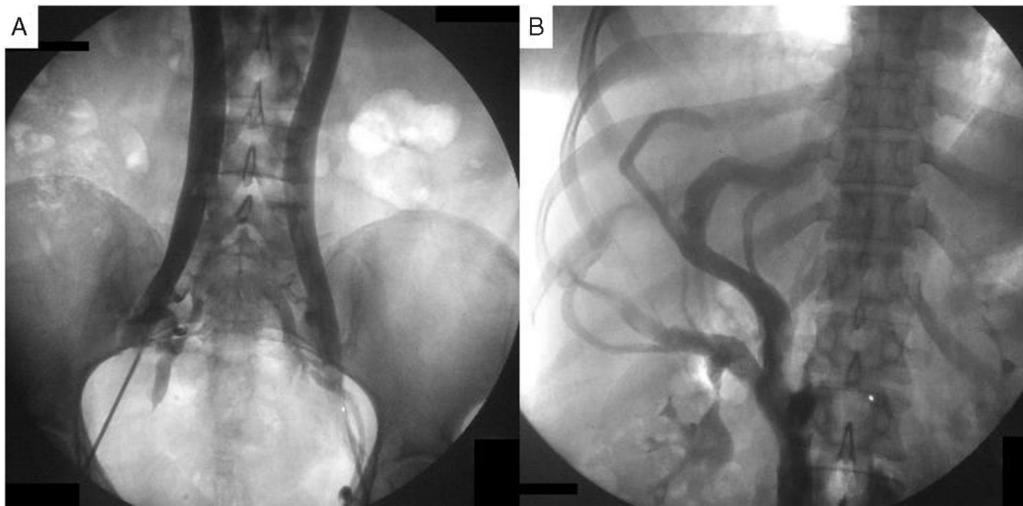
Correo electrónico: [valdes1@mngha.med.sa](mailto:valdes1@mngha.med.sa)  
(D. Zamora-Valdés).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.07.009>

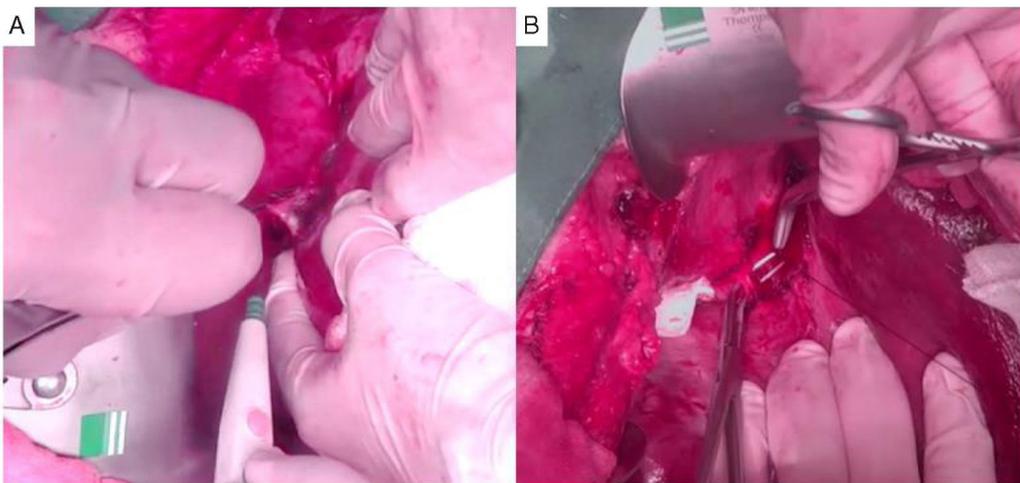
0375-0906/© 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).



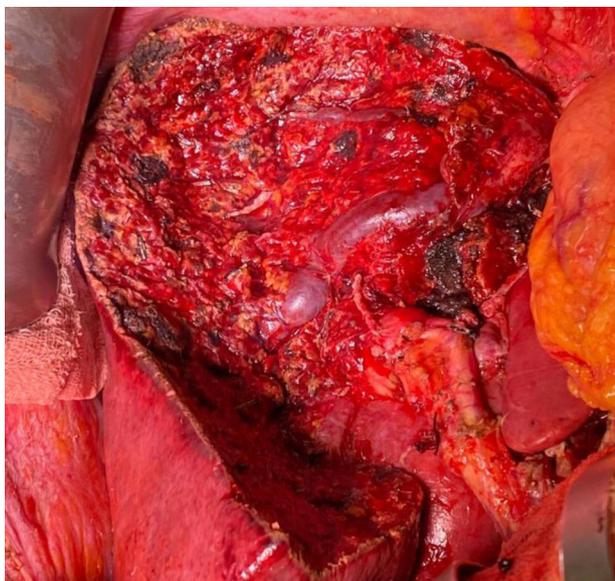
**Figura 1** A) Proyección de máxima intensidad de imágenes axiales de tomografía computarizada con contraste en fase arterial que muestra una gran lesión con realce periférico y arteria hepática derecha reemplazada que surge de la arteria mesentérica superior. Había una arteria A3' que surgía de la arteria gástrica izquierda (no mostrada). B) Proyección de intensidad máxima de imágenes axiales de una tomografía computarizada con contraste en fase portal que muestra una lesión que encasilla la *pars umbilicalis* de la vena porta izquierda.



**Figura 2** Cavografía a través de acceso femoral bilateral muestra vena cava inferior (VCI) completamente duplicada (A) con continuación ácidos bilateral y sin segmento retrohepático. Había 3 ramas de la VCI derecha (B). Las 2 ramas laterales atravesaban el hígado y drenaban a la vena hepática derecha. La rama medial continuaba debajo de los pilares derechos del diafragma como la vena ácidos derecha.



**Figura 3** Durante la movilización del hígado, se observaron y dividieron 5 afluentes anormales drenando el hemihígado derecho hacia la vena frénica inferior derecha (A), mientras que se observaron y dividieron cuatro afluentes en el hemihígado izquierdo (B).



**Figura 4** Después de retirar la pieza, la vena hepática derecha anormal queda completamente esqueletizada. Se conservaron los segmentos 1, 6 y 7. Se ligó el conducto biliar izquierdo (detrás se observa el muñón de la vena porta izquierda) y se dividió el conducto hepático anterior derecho con una engrapadora. La colangiografía intraoperatoria (pequeño panel inferior izquierdo) demuestra la permeabilidad del conducto hepático posterior derecho.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

## Consideraciones éticas

La familia de la paciente firmó el consentimiento informado para publicar su caso de forma anónima.

El trabajo cumple con la normativa vigente en investigación bioética y obtuvo autorización del comité de ética de la institución del Centro Médico Naval para su publicación.

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a la paciente.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.