



# X<sup>Curso de</sup> XXVI Cirugía General

DEL 27 AL 28 DE ENERO DE 2011  
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGIA

Con la colaboración del IMV y COMV  
Sede: COMV (Ilustre Colegio Oficial de  
Médicos de Valencia)

Declarado Interés Científico Sanitario  
por la Conselleria de Sanidad.  
MES DE LA PAZ, 2011. TEL. 96 452 11 11. EXT. 314. W  
www.comv.es



## SIMPOSIUM

### COLANGIOCARCINOMA (TUMOR DE KLATSKIN)

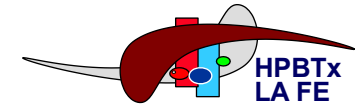
### TECNICA QUIRURGICA

**Dr. RAFAEL LÓPEZ ANDÚJAR**  
UNIDAD DE CIRUGÍA HPB  
Y TRASPLANTE

**HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE**

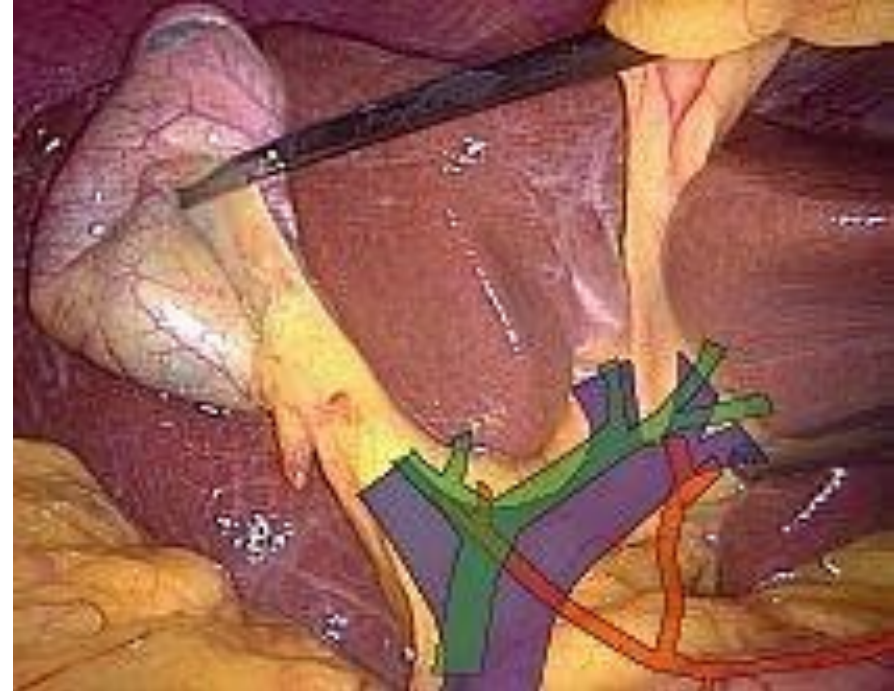


# INTRODUCCIÓN



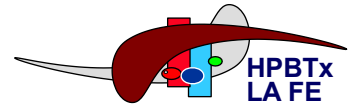
## OBJETIVO DE LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA

- **Extirpación completa (macro y microscópica) del tumor y de las potenciales vías de diseminación.**
- **Principal obstáculo: Localización**





# INTRODUCCIÓN



## JUSTIFICACIÓN DE LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA

- El incremento de la *agresividad* quirúrgica conlleva un aumento en el porcentaje de resecciones R0 y una mejora en las tasas de supervivencia.
- Ningún paciente con márgenes de resección afectados sobrevive a largo plazo.
- El papel del tratamiento adyuvante todavía está por definir.

Dinant S, et al. *Ann Surg Oncol* 2006;13:872-80.

Zhang BH et al. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2006;5:278-80.

Hemming AW et al. *Ann Surg* 2005;241:693-702.



## ➤ Diseminación local

- ✓ Biopsia extemporánea de márgenes
- ✓ Asociación de hemihepatectomía
- ✓ Extirpación del caudado
- ✓ Crecimiento radial (afectación vascular)

## ➤ Diseminación regional

- ✓ Linfadenectomía

## ➤ Diseminación a distancia

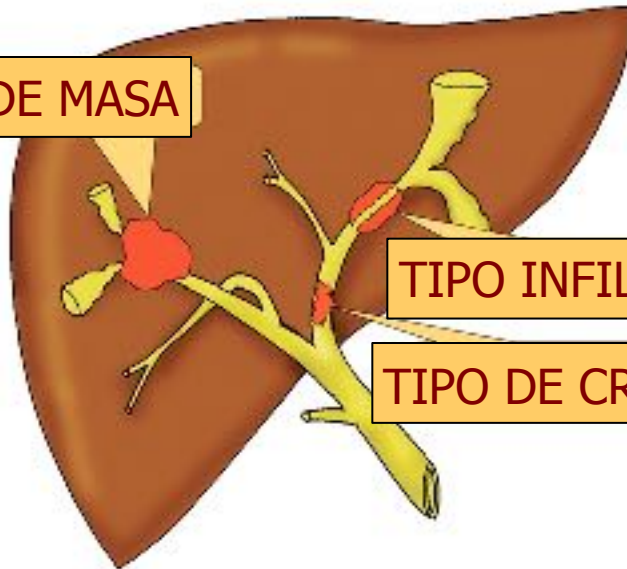
- ✓ Ganglios de tronco celíaco, AMS y paraaórticos
- ✓ Metástasis a distancia



## ➤ Diseminación local

- ✓ Biopsia extemporánea de márgenes
- ✓ Asociación de hemihepatectomía
- ✓ Extirpación del caudado
- ✓ Crecimiento radial (afectación vascular)

TIPO FORMADOR DE MASA



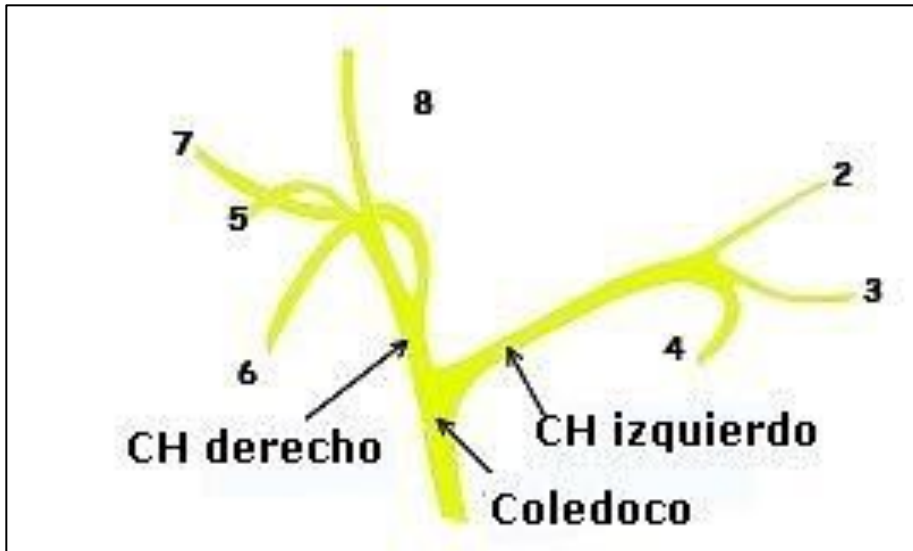
TIPO INFILTRANTE PERIDUCTAL

TIPO DE CRECIMIENTO INTRADUCTAL



## ➤ Diseminación local

- ✓ Biopsia extemporánea de márgenes
- ✓ Asociación de hemihepatectomía
- ✓ Extirpación del caudado
- ✓ Crecimiento radial (afectación vascular)



**Mejores resultados (R0)  
con hemihepatectomía derecha**

Jarnagin WR et al. *Ann Surg* 200;4:507-19

Kondo et al. *Ann Surg* 2004;240:95-101.

Neuhaus P et al. *Langenbecks Arch Surg* 2003;388:194-200.

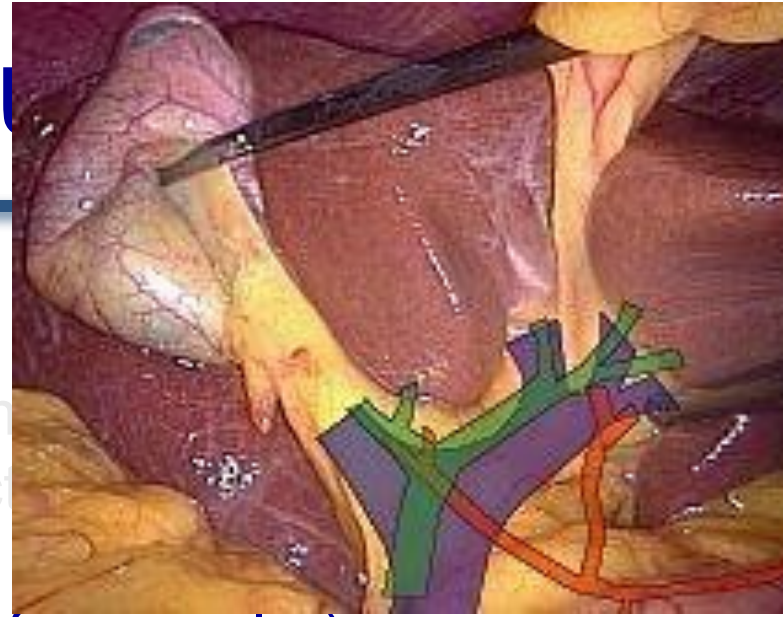




# ESTRATEGIA QUIR

## ➤ Diseminación local

- ✓ Biopsia extemporánea de m
- ✓ Asociación de hemihepatect
- ✓ Extirpación del caudado
- ✓ Crecimiento radial (afectación vascular)



- ❑ Infiltración portal en 20-30% de resecciones R0.  
(el diagnóstico preoperatorio se logra con una precisión del 85%).
- ❑ La invasión microscópica de la porta no parece influir en la supervivencia si se asocia resección vascular.
- ❑ La invasión macroscópica de la porta sí disminuye la supervivencia (aunque ésta puede mejorar si se logra resección R0).
- ❑ La infiltración arterial homolateral no influye en la decisión y la contralateral ¿contraíndica? la resección.
- ❑ Técnica de resección *non-touch*.

Ebata T et al. *Ann Surg* 2003;238:720.  
Lee HY et al. *Radiology* 2006;239:113-21.



## ➤ Diseminación regional

✓ Linfadenectomía

- ❑ Diseminación ganglionar frecuente (20 – 50% de R0).
- ❑ Existe correlación con la extensión primaria T
  - T2: 10%
  - T3: 60%
- ❑ El 24% de los pN0 (en estudio inicial), presentan micrometástasis ganglionares al realizar estudios de inmunohistoquímica. (Mismo pronóstico que el resto de pN0 cuando se realiza linfadenectomía habitual)





## ➤ Diseminación regional

✓ Linfadenectomía

## ✓ Diseminación a distancia

✓ Ganglios del tronco celíaco, AMS y paraaórticos (M1)

**La linfadenectomía de la resección radical debe incluir sistemáticamente los ganglios del hilio hepático, retroportales y de la arteria hepática común.**



## RESECCIÓN QUIRÚRGICA CURATIVA

- **Técnica quirúrgica de elección**
- **Preparación preoperatoria del paciente**
- **Cuándo embolización portal**
- **Cuándo laparoscopia diagnóstica**
- **Cuándo resección vascular**
- **Estándares de calidad**



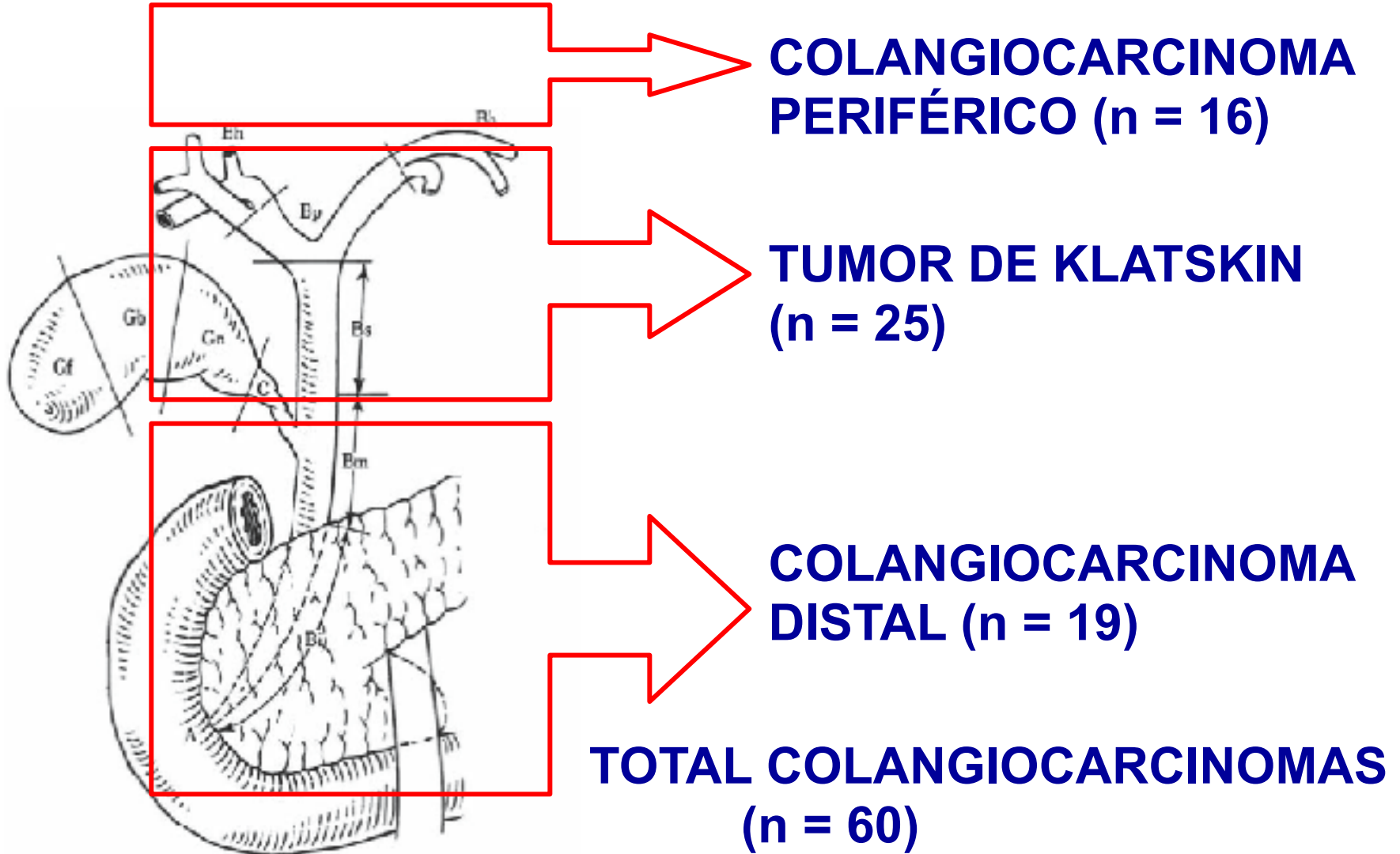
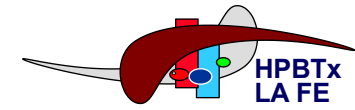
## CONTRAINDICACIONES PARA LA RESECCIÓN

- **Propias del paciente.**
- **Metástasis a distancia / Metástasis ganglionares M1.**
- **Bismuth IV (> 2 cm).**
- **Atrofia hemihepática con invasión vascular contralateral.**
- **Atrofia hemihepática con invasión biliar contralateral de los radicales secundarios.**
- **Invasión de ramas biliares segmentarias en un hemihígado e invasión vascular contralateral.**



# CASUÍSTICA AÑOS 2005 - 2010

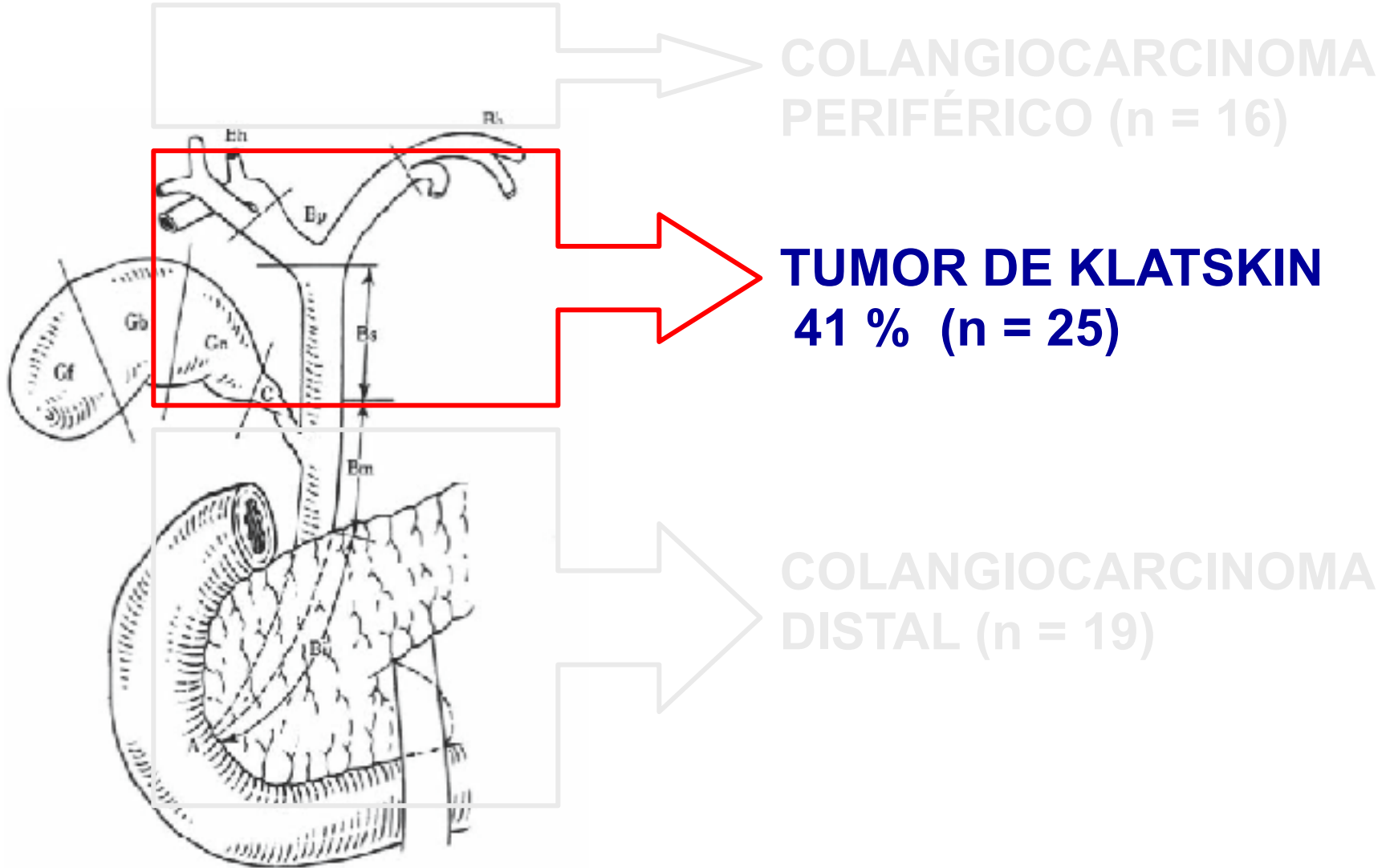
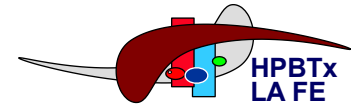
## HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE





# CASUÍSTICA AÑOS 2005 - 2010

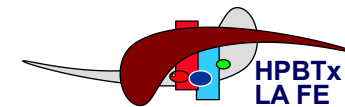
## HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE





# CASUÍSTICA AÑOS 2005 - 2010

## HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE



### TÉCNICA QUIRÚRGICA (n = 25)

<b>Irresecable (laparotomía exploratoria)</b>	<b>6 (24%)</b>
<b>Resección de vía biliar (sin hepatectomía)</b>	<b>3 (12%)</b>
<b>Resección de vía biliar con hepatectomía</b>	<b>15 (60%)</b>
Hepatectomía izquierda	6 (40%)
Hepatectomía derecha	6 (40%)
Triseccionectomía derecha	3 (20%)
<b>Duodenopancreatectomía</b>	<b>1 (4%)</b>
<b>Resección vascular</b>	<b>4 (16%)</b>
Resección portal	2 (50%)
Resección arterial	1 (25%)
Resección portal + arterial	1 (25%)
<b>Embolización portal preoperatoria</b>	<b>5 (20%)</b>
<b>Drenaje biliar preoperatorio</b>	<b>18 (72%)</b>
<b>Mortalidad operatoria</b>	<b>4 (16%)</b>

