

# HEPATECTOMIA DIREITA AMPLIADA COM RESSECÇÃO TOTAL DE LOBO CAUDADO E DE VIAS BILIARES EXTRA-HEPÁTICAS

Aljamir Duarte Chedid<sup>1</sup>, Cleber Rosito Pinto Kruehl<sup>2</sup>, Marcio Fernandes Chedid<sup>3</sup>, Guilherme Augusto Klein<sup>4</sup>, Raquel Brodbeck Ilgenfritz<sup>4</sup>, Fábio Muradas Girardi<sup>3</sup>, Cleber Dario Pinto Kruehl<sup>5</sup>

## RESUMO

A hepatectomia direita ampliada é indicada para tratar tumores localizados no fígado direito e que se estendem ao segmento IV do fígado esquerdo, incluindo ou não a ressecção do segmento I (lobo caudado). Ocasionalmente, esses tumores são muito grandes e alcançam a fissura umbilical e podem envolver o ducto hepático esquerdo e / ou a confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo. Relatamos o caso de uma paciente com uma metástase hepática de câncer colorretal localizada no lado direito do fígado e envolvendo também os segmentos IV e I e o ducto hepático esquerdo submetida a hepatectomia direita ampliada, com manejo alternativo do ducto hepático esquerdo.

**Unitermos:** Hepatectomia direita ampliada; ressecção de lobo caudado; ressecção de vias biliares extra-hepáticas; tumores hepáticos.

## ABSTRACT

Extended right hepatectomy is indicated to treat right-sided liver tumours that extend into segment IV, including or not the resection of segment I (caudate lobe). On occasion, these tumours are very large and reach the umbilical fissure and can involve the left hepatic duct and / or the bile duct confluence. We report a case of a patient presenting with a large hepatic metastasis from colorectal cancer, localized on the right side of the liver, involving the segment IV, the segment I and the left hepatic duct that undergone a extended right hepatectomy with an alternative management of the left hepatic duct.

**Key words:** Extended right hepatectomy; caudate lobe resection; extra-hepatic ducts resection; hepatic tumour.

1 Cirurgião do Programa de Transplante Hepático Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestre em Cirurgia pela UFRGS. *Visiting Surgeon Liver Transplant Clinic Mayo Clinic Rochester Minnesota.*

2 Cirurgião Geral. Mestrando em Cirurgia pela UFRGS.

3 Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFRGS.

4 Residente de Cirurgia Geral do HCPA.

5 Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e do Programa de Transplante Hepático Adulto. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFRGS. Doutor em Cirurgia pela Escola Paulista de Medicina.

Correspondências para Dr. Aljamir D. Chedid. Rua Marechal Andréa 300/201. Bairro Boa Vista. Porto Alegre (RS). Cep. 91340-400. E-Mail: [aljamir@terra.com.br](mailto:aljamir@terra.com.br). Fone/Fax: (51) 3328-2472.

## INTRODUÇÃO

A hepatectomia direita ampliada é um procedimento cirúrgico complexo que envolve a ressecção dos segmentos hepáticos IV ao VIII de Couinaud, incluindo ou não a ressecção do segmento I (lobo caudado) (1, 2). Essa ressecção é indicada para tratar os tumores hepáticos localizados no fígado direito e que tam-

bém envolvem o segmento IV do fígado esquerdo (2).

Além disso, algumas vezes esses tumores são muito grandes, alcançando a fissura umbilical e envolvendo o ducto hepático esquerdo na base dessa fissura e podendo também englobar a confluência dos ductos biliares. O envolvimento da confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo muitas vezes tem sido considerado uma contra-indicação para a ressecção desses tumores, porque a

mobilização do tumor do ducto hepático esquerdo é tecnicamente muito difícil (3).

Relatamos o caso de uma paciente com uma grande metástase de câncer colorretal, que envolvia os segmentos hepáticos I, IV, V, VI, VII e VIII, se estendia até a fissura umbilical e envolvia também o ducto hepático esquerdo, a confluência dos ductos hepáticos e o terço proximal do colédoco. A paciente foi submetida a uma hepatectomia direita ampliada, incluindo a ressecção completa do segmento I (lobo caudado). Foi utilizado um manejo alternativo para tratar o envolvimento do ducto hepático esquerdo pelo tumor.

### PACIENTE E TÉCNICA OPERATÓRIA

Entre 1992 e 2003, realizamos 42 ressecções hepáticas para o tratamento de metástases hepáticas de câncer colorretal. Dessas 42 ressecções, 4 foram hepatectomias direitas ampliadas.

A paciente do sexo feminino com 47 anos tinha uma metástase hepática de câncer colorretal se estendendo até a base do segmento IV e envolvendo o segmento I e o ducto hepático esquerdo. O tumor de cólon havia sido operado 45 dias antes.

A ressecção completa da metástase hepática foi conseguida através de uma hepatectomia direita ampliada, incluindo também a ressecção total do segmento I. Além disso, foram ressecados em bloco todo o ducto hepático comum e o terço proximal do ducto colédoco. Foi necessário seccionar o ducto hepático esquerdo junto ao parênquima hepático do segmento III para obter margens livres de tumor. A hepatectomia direita ampliada foi realizada de acordo com a técnica já descrita por Blumgart e Karpoff et al (4,5).

Como o ducto hepático esquerdo teve de ser seccionado junto ao parênquima hepático e o segmento que restou de colédoco era muito curto, não conseguimos aproximá-los sem tensão, impossibilitando uma anastomose segura entre ambos.

Assim, suturamos o coto do ducto colédoco com pontos separados de seda 3-0 e dissecamos 1cm do ducto hepático esquerdo dentro do parênquima do segmento III. Foi então realizada uma hepaticojejunoestomia intra-hepática com stent, em y-de Roux com alça longa (45 cm) em plano único, com pontos separados, usando fio absorvível 5-0. Um tubo de silastic 8 Fr, exteriorizado pela alça de Roux fixado à parede abdominal anterior 30 cm abaixo da anastomose, foi usado como stent.

O tempo operatório foi de 10 horas e a perda sangüínea estimada em 3000 mL. A integridade e o trânsito da anastomose foram confirmadas por colangiografia pelo dreno e cintilografia com DISIDA

(diisopropyliminodiacetic acid), efetuadas nos 7º e 20º dias de pós operatório respectivamente. O stent foi retirado no 16º dia de pós-operatório.

A paciente teve alta bem no 22º dia de pós-operatório e retornou no 32º de pós-operatório com febre e hemograma infeccioso. Uma ecografia abdominal revelou uma coleção no espaço sub-frênico direito que foi drenada via percutânea com sucesso, e a paciente teve alta bem no 4º dia pós drenagem. No momento (90º PO), a paciente está bem, submetendo-se a quimioterapia adjuvante.

### DISCUSSÃO

A hepatectomia direita ampliada, incluindo ou não a ressecção do segmento I (lobo caudado), é um procedimento cirúrgico complexo, constituindo-se em desafio mesmo para os cirurgiões familiarizados com grandes ressecções hepáticas. É indicada para tratar os tumores localizados no fígado direito e que se estendem até o segmento IV (2). Além disso, quando esses tumores alcançam a fissura umbilical, têm sido considerados irressecáveis devido a dificuldade técnica para tratar o envolvimento do ducto hepático esquerdo e reconstruir o trato biliar (3).

Koea e Blumgart relataram 3 pacientes com tais tumores tratados com hepatectomia direita ampliada, incluindo a ressecção do ducto hepático esquerdo e propuseram anastomose entre o colédoco e ducto hepático esquerdo com vistas à reconstrução do trato biliar (3). Na série de Koea e Blumgart em nenhum dos 3 pacientes o segmento I (lobo caudado) foi ressecado e em nenhum dos pacientes a indicação cirúrgica foi por metástase hepática de câncer colorretal (3).

Relatamos o caso de uma paciente que se apresentou com uma grande metástase (12 cm) de câncer colorretal, estendendo-se até a fissura umbilical e envolvendo não apenas o ducto hepático esquerdo junto ao parênquima hepático do segmento III, mas também a confluência de ambos os ductos hepáticos e o terço proximal do colédoco. Em nosso ponto de vista, um extenso envolvimento do trato biliar como o que apresentava nossa paciente não permite o uso da técnica de Koea e Blumgart, porque é impossível aproximar o curto segmento remanescente de colédoco ao também curto segmento de ducto hepático esquerdo remanescente sem tensão para anastomosá-los. Diante dessa circunstância nós propomos uma abordagem alternativa para tratar o ducto hepático esquerdo, dissecando uma borda do mesmo dentro do parênquima hepático do segmento III e usando uma alça em y-de Roux longa (45 cm) para fazer uma hepaticojejunoestomia intra-hepática entubada.

Nossa abordagem demonstra que a hepatectomia direita ampliada pode ser realizada mesmo quando prati-

camente toda a árvore biliar extra-hepática necessita ser ressecada, oferecendo a única chance de tratar com intento curativo grandes metástases hepáticas de câncer colorretal. Isso porque a ressecção de metástases hepáticas de câncer colorretal, segundo a nossa casuística, pode oferecer 35 % de sobrevida em 5 anos com uma mortalidade peri-operatória de 3,5% (6). Além disso, pode ser a única chance de prevenir a morte precoce por insuficiência hepática de pacientes com tumores hepáticos de outra etiologia, com envolvimento semelhante do parênquima hepático e do trato biliar.

### REFERÊNCIAS

1. Couinaud C. Schéma général de la distribution intrahépatique. In: Couinaud C (ed): *Le foie: Études Anatomiques et Chirurgicales*. Paris: Masson, 1957: 9-12.
2. Starzl TE, Bell RH, Beart RW, Putnam CW. Hepatic trisegmentectomy and other liver resections. *Surg Gynecol Obstet* 1975 141: 429-7.
3. Koea JB and Blumgart LH. Management of the left hepatic duct during extended right hepatectomy. *HPB* 2002; 4 (3): 127-129.
4. Blumgart LH. Liver resection for benign disease and for liver and biliary tumors. In: Blumgart LH, Fong Y eds. *Surgery of the Liver and Biliary Tract*. New York : WB Saunders Company Ltd; 2000: 1666-70.
5. Karpoff HM, Jarnagin WR, Melendez J et al. Techniques of hepatic resection. In: Blumgart LH, Fong Y, Jarnagin WR. *American Cancer Society – Atlas of Clinical Oncology: Hepatobiliary Cancer*. London: B.C. Decker Inc; 2001: p. 159-191.
6. Chedid AD. Fatores prognósticos no tratamento de metástases hepáticas de câncer colorretal. Porto Alegre, 2002 [Dissertação de Mestrado]. Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.