



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-013 - HEPATECTOMÍA IZQUIERDA TRAS LIGADURA PORTAL IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS DE CARCINOMA COLORRECTAL. EMPLEO DE UN MODELO 3D DE PLANIFICACIÓN PREQUIRÚRGICA

Navarro Moratalla, Carla¹; Mir Labrador, Jose¹; Melero Abellán, Antonio²; Redondo Cano, Carlos¹

¹Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; ²Hospital General de Villarrobledo, Villarrobledo.

Resumen

Introducción: Las resecciones hepáticas mayores representan los procedimientos de mayor complejidad a realizar por vía laparoscópica. Pese al incremento progresivo de la indicación del abordaje laparoscópico, la mayoría de las series siguen siendo muy limitadas. La elección de una técnica laparoscópica depende de la experiencia del cirujano y de la lesión a tratar. En nuestro caso, presentamos una paciente con metástasis sincrónicas de origen colorrectal para la realización de una hepatectomía izquierda laparoscópica pura y la creación y uso de un modelo 3D que nos ayude en la planificación previa a la cirugía.

Caso clínico: Mujer de 59 años con diagnóstico de adenocarcinoma de recto EIV (T3b N2b M1) con metástasis hepáticas sincrónicas en la que se planificó cirugía secuencial inversa y tratamiento quimioterápico adyuvante (Xeloda). Se desarrolló un modelo tridimensional a partir de las imágenes de la tomografía en fase venosa, portal y arterial, con 117 cortes menores de 5mm y, se importaron en formato DICOM para la creación del modelo mediante el software Horos (v.2.0.2). La segmentación anatómica se realiza de forma semiautomática mediante funciones preformadas disponibles en dicho programa. El resultado final consta de un prototipo virtual con representación de las múltiples lesiones y su estrecha relación con estructuras vasculares y biliares, realizado por los cirujanos hepáticos de la unidad. En un primer tiempo quirúrgico se realiza una hepatectomía limitada de los segmentos 6 y 7 y ligadura portal izquierda laparoscópica dada una lesión metastásica objetivada en el segmento 4 que engloba la rama portal izquierda, condicionando dilatación del árbol biliar ipsilateral, condicionando un remanente hepático 25%. El segundo tiempo quirúrgico consiste en la realización de una hepatectomía izquierda laparoscópica. El abordaje se realiza mediante 4 trócares (HCD, supraumbilical, HCI y epigastrio respectivamente). Tras adhesiolisis se procede a la realización de la ecografía intraoperatoria sin evidenciar lesiones en el hemihígado derecho e hígado izquierdo atrófico con la citada lesión infiltrando la rama portal izquierda. Se realiza un abordaje intraglissonian con clipaje de arteria hepática izquierda y sección del pedículo hepático izquierdo mediante endoGIA. La transección parenquimatosa se realiza con CUSA y sellado de los vasos con Ligasure y/o endoclips. Se procede a realizar una miniincisión de asistencia para la extracción de la pieza. Postoperatorio inmediato en Unidad de Reanimación con alta a la sala de cirugía tras 18 horas. La paciente fue dada de alta sin incidencias postoperatorias.

Discusión: La hepatectomía izquierda laparoscópica se afianza como técnica segura y fiable para la resección de lesiones metastásicas con resultados oncológicos superponibles a la cirugía tradicional en centros de referencia en cirugía hepática laparoscópica. El uso de un modelo tridimensional para la planificación quirúrgica en resecciones hepáticas complejas proporciona una visualización más precisa de la anatomía en

comparación con técnicas de imagen estándar. Esta técnica realizada por cirujanos hepáticos de forma sistemática podría reducir el tiempo operatorio, adecuar el tipo de resección según la localización de la lesión, y por consiguiente, lograr unos mejores resultados quirúrgicos.