



# Cirugía Española



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

## V-061 - HEPATECTOMÍA IZQUIERDA ROBÓTICA POR CARCINOMA HEPATOCELULAR SEG. IV, EN PACIENTE CON HIPOPLASIA DE LÓBULO HEPÁTICO IZQUIERDO (USO DE ICG PARA DELIMITAR EL MARGEN DE RESECCIÓN)

Borisova, Iva<sup>1</sup>; Gené, Clara<sup>1</sup>; Rodríguez, Federico<sup>2</sup>; Espín, Fransesc<sup>1</sup>; Pardo, Fernando<sup>1</sup>; Cremades, Manel<sup>1</sup>; Navinés, Jorge<sup>1</sup>; Cugat, Esteban<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Hospital Privado de Comunidad Mar del Plata, Mar de Plata.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía robótica hepática fue inicialmente descrita en 2002 y está popularizándose lentamente a través de programas de entrenamiento estandarizados. Consideramos que mediante esta técnica se podrían mejorar los procedimientos laparoscópicos en cirugía hepática. Presentamos el caso de una hepatectomía izquierda robótica Da Vinci en un paciente con carcinoma hepatocelular (CHC) en segmento IV, atrofia del lóbulo hepático izquierdo (LHI) y alteración anatómica a nivel de vena porta izquierda y vena suprahepática izquierda.

**Caso clínico:** Se trata de un hombre de 82 años con antecedentes de HTA, EPOC leve (FEV1 72%, 2,2L), ASA III, IMC 27,7 kg/m<sup>2</sup>. En seguimiento por hepatopatía crónica con alteración de perfil hepático de predominio colestásico desde hace 2 años, Child-Pugh A, ALBI 2. En ecografía de seguimiento aparición de lesión de 35 × 40 mm en margen lateral de LHI. Se realiza estudio dirigido con RMN que muestra atrofia de LHI y se confirma lesión focal en margen medial hepático de 35 × 40 mm, aparentemente capsulada de señal intermedia en secuencias potenciadas en T2 con pequeños focos de realce periférico globalmente hipovascular pero con características compatibles con carcinoma hepatocelular. Vena porta principal y vena porta derecha permeables. Vena porta izquierda no identificada. Vena hepática independiente del segmento VI (variante normalidad). Vena hepática derecha permeable. No hay dilatación de la vía biliar. Se realiza estudio de hepatopatía-cirrosis descartando varices esofágicas. Manometría hepática transyugular con presión suprahepática libre de 8 mmHg. Presión suprahepática enclavada de 13 mmHg. Gradiente de 5 mmHg. Presión VCI de 6 mmHg. Presión AD de 4 mmHg. A nivel analítico presenta AFP de 49 ng/ml. Función hepatorenal con Bil T de 0,98 mg/dL, TP 97%, INR 1,02, Alb 41,6 g/L, Cr 0,70, Na 141 mmol/L. Con el diagnóstico de CHC sobre hepatopatía crónica no alcohólica, se realiza estudio con ecocardiografía que descarta hipertensión pulmonar, con ausencia de valvulopatías significativas y una fracción de eyección de VI del 62%. Tras valoración en comité se decide intervención quirúrgica. La misma se realiza mediante abordaje laparoscópico robótico (Da Vinci) con un tiempo quirúrgico de 186 minutos, maniobra de Pringle de 53 minutos previo preconditionamiento de 10 minutos. El paciente sigue postoperatorio inicial favorable en Unidad de Reanimación. Presenta bilirrubinas normales, GOT/GPT máximas de 62/145 U/L y tiempo de protrombina mínimo de 79% (85% al alta). Sin incidencias destacables es alta el día 5 postoperatorio. La anatomía patológica confirma la presencia de un carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado, Grado 2, de patrón trabecular y pseudoglandular (acinar), de 4 × 3,5 cm, con áreas de necrosis, esclerosis,

microcalcificaciones y cristales de colesterol. Presenta invasión de vaso de pequeño calibre, sin evidencia de permeación perineural. Margen de resección a 1 mm de la lesión infiltrante. pT2N0.

**Discusión:** La resección robótica del lóbulo hepático izquierdo creemos que presenta ciertas ventajas y resulta aplicable, con buenos resultados postoperatorios a corto plazo.