



www.elsevier.es/cirugia

VC-067 - HEPATECTOMÍA COMPLEJA LAPAROSCÓPICA EN UNA PACIENTE CON UNA LESIÓN IATROGÉNICA DE VÍA BILIAR TRAS CIRUGÍA ABIERTA POR SÍNDROME DE MIRIZZI

Pérez De Villar Vivas, José Manuel; Ciria, Rubén; Ayllón, María Dolores; Serrano, Francisco Javier; Espejo, Juan José; López, Daniel; López Cillero, Pedro; Briceño, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: El acceso laparoscópico en pacientes previamente operados por cirugía abierta es siempre más desafiante debido a la formación de adherencias firmes, especialmente en este caso, donde había sido necesario un drenaje tipo Kehr. Además, es importante señalar la alteración de los planos anatómicos en este caso por su patología. Reportamos un caso complejo por alteración de planos e intervención abierta previa. Resulta evidente, a partir de casos como este, que haber sido sometido a una cirugía abierta no impide que un paciente pueda beneficiarse de un abordaje mínimamente invasivo. El verde de indocianina (ICG) puede ser de gran ayuda durante esta tarea, como se demostró.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 62 años con obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia e hipotiroidismo, previamente intervenida de colecistectomía con drenaje tipo Kehr por un síndrome de Mirizzi. Presentaba dilatación de vías biliares a nivel de la lesión localizada en hígado derecho. La paciente tenía una probable esteatohepatitis no alcohólica (NASH) sin evidencia de hipertensión portal o CA 19.9 elevado. Se realizó una hemihepatectomía derecha. La intervención resultó compleja debido a adherencias firmes y la alteración de planos anatómicos. Se efectuaron varios intentos para realizar abordaje de la cápsula de Laennec buscando las puertas 4, 5 y 6 de Sugioka, pero no fue posible. Finalmente, se realizó un abordaje transhepático extraglissoniano. Tras varios intentos de grapado del pedículo hepático, no se pudo lograr. Por lo tanto, se decidió colocar una pinza Bulldog, seccionar el mismo con tijeras y, posteriormente, suturar el pedículo. La intervención duró 330 minutos. El tiempo de Pringle fue de 93 minutos. En el posoperatorio presentó derrame pleural que fue drenado. Presentaba además una colección abdominal que requirió drenaje percutáneo por parte del Servicio de Radiología. El estudio definitivo por parte de Anatomía Patológica descartó malignidad.

Discusión: A pesar de los desafíos esperados, como numerosas adherencias y alteración de los planos hepáticos, se puede emplear con éxito un enfoque mínimamente invasivo, obteniendo resultados favorables. Una cirugía previa no siempre contraindica el abordaje laparoscópico. No debemos negar sistemáticamente a los pacientes los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.