



VC-083 - SECCIONECTOMÍA POSTERIOR DERECHA HEPÁTICA POR VÍA ROBÓTICA

Urzay Gutiérrez, Marta¹; Qian Zhang, Siyuan²; Domínguez Prieto, Víctor²; Pastor Riquelme, Pablo²; Villarejo Campos, Pedro²; Jiménez de los Galanes Marchán, Santos¹

¹Hospital Infanta Elena, Valdemoro; ²Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Presentar un vídeo de una secciónectomía posterior derecha hepática por vía robótica utilizando un trócar accesorio para el uso de dispositivos como el bisturí ultrasónico y el sellador bipolar, ampliamente utilizados en cirugía hepática abierta y laparoscópica, y que, sin embargo, no están aún disponibles en el robot Da Vinci.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 34 años con antecedente de resección anterior de recto laparoscópica por adenocarcinoma colorrectal T3N1aM0 hace un año. Posteriormente recibió tratamiento quimioterápico adyuvante con FOLFOX. En el seguimiento, aparecieron en el TC y la RM dos lesiones compatibles con metástasis hepáticas en segmentos VI y VII, de 12 y 11 mm respectivamente. Se presentó en el comité multidisciplinar y se decidió la resección quirúrgica de ambas metástasis. Se llevó a cabo una cirugía por vía robótica. Colocaremos los 4 trócares robóticos en línea recta orientados al hipocondrio derecho y un trócar accesorio entre el primero y el segundo, alineado con la línea de transección parenquimatosa. En primer lugar, se realizará una ecografía intraoperatoria para localizar las lesiones hepáticas. En segundo lugar, se lleva a cabo la maniobra de Pringle. Posteriormente procedemos a la movilización y luxación del lóbulo hepático derecho e iniciaremos la transección parenquimatosa mediante el sellador de vasos robótico. El cirujano de mesa es quien ejecuta la transección hepática manejando el bisturí ultrasónico a través del trócar accesorio para así conseguir un mejor y más fino control de las estructuras vasculares y especialmente biliares intrahepáticas. Este fragmenta de forma selectiva el parénquima hepático con irrigación y aspiración simultánea y deja expuestas las estructuras vasculares y biliares, que pueden ser selladas o clipadas. El cirujano de mesa es el encargado del clipaje de las estructuras de mayor entidad, utilizando hem-o-loks. Al mismo tiempo el cirujano de consola va seccionando las mismas con el sellador de vasos. Se termina de controlar la hemostasia mediante el sellador bipolar, manejado una vez más por el cirujano de mesa. Este último permite el sellado de tejido parenquimatoso minimizando la pérdida de sangre y sin generar escara. La paciente evolucionó de forma favorable y fue dada de alta al 5º día posoperatorio. En la pieza de anatomía patológica se identificaron dos lesiones de 20 y 12 mm respectivamente con diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma de tipo intestinal. Los márgenes de resección fueron libres. Se visualizó invasión portal y linfática.

Discusión: La cirugía robótica permite la recuperación rápida de los pacientes, mejorando el dolor posoperatorio. Así mismo, permite una mejor visualización de la anatomía para el cirujano y una mayor precisión en los gestos quirúrgicos. Sin embargo, aún no poseemos de todos los dispositivos que se utilizan en cirugía hepática de forma habitual tanto abierta como laparoscópica, por lo que utilizarlos usando un

trócar accesorio puede ser útil en la práctica clínica habitual. Este hecho nos diferencia del resto de grupos que llevan a cabo cirugía hepática robótica.