



V-136 - HEPATECTOMÍA IZQUIERDA CON ABORDAJE INTRAGLISSONIANO ASISTIDA POR SISTEMA ROBÓTICO DAVINCI

Mestre Ponce, Carmen¹; de Jesús Gil, Ángela²; Álamo Martínez, José María²; Suárez Artacho, Gonzalo²; García Sánchez, Carlos Javier²; Marín Gómez, Luis Miguel²; Gómez Bravo, Miguel Ángel²

¹Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: En este vídeo mostramos los pasos más importantes de la hepatectomía izquierda con abordaje intraglissoniano asistida por sistema robótico DaVinci.

Caso clínico: Varón de 64 años, exfumador, exbebedor y con antecedentes personales de fibrilación auricular e ictus isquémico. Diagnosticado en 2023 de una neoplasia de colon derecho, es intervenido mediante hemicolectomía derecha laparoscópica. La lesión corresponde a un estadio IIIB, por lo que el paciente comienza tratamiento sistémico adyuvante (capecitabina) que se suspende por efectos adversos. En 2024, se detecta en TAC de control dos lesiones hepáticas: una en segmento II (23 mm) y otra subcapsular en segmento III (19 mm). La RMN hepática objetiva otra tercera lesión en el segmento IV (18 mm). El paciente inicia quimioterapia perioperatoria (Xelox) y, tras completar 3 ciclos, se programa la intervención quirúrgica. Técnica quirúrgica: paciente en decúbito supino en posición francesa. Se colocan 4 trócares robóticos en línea transversa por encima del ombligo, y un quinto trócar periumbilical para el asistente. La cirugía comienza preparando el pinzamiento extracorpóreo del pedículo hepático (maniobra de Pringle). El control de los pedículos aferentes se realiza mediante abordaje hiliar intraglissoniano, disecando y seccionado, tras colocación de HemoLocks, la arteria hepática izquierda, la rama portal izquierda y la rama arterial del segmento IV. Realizamos la ecografía intraoperatoria para completar la evaluación lesional y delimitar el territorio de resección. La transección parenquimatosa robótica, mediante microfractura-coagulación con pinza bipolar y tijera monopolar, sigue la línea de Cantlie por el margen izquierdo de la vena suprahepática media. Los elementos vasculobiliares de mayor calibre se seccionan con tijera tras colocación de HemoLocks. Nos ayudamos de la maniobra de Pringle para minimizar el sangrado, haciendo uso de la misma hasta en 3 ocasiones con un tiempo máximo acumulado de 85 minutos. El conducto hepático izquierdo se aborda y se liga intrahepáticamente. La vena suprahepática izquierda se liga con endograpadora robótica justo antes de finalizar la transección parenquimatosa. Se completa la colecistectomía y se comprueba la correcta hemobilostasia, dejando una matriz de Tachosil sobre el lecho de la hepatectomía. Tras 24 horas en la Unidad de Recuperación Posanestésica, el paciente pasa a nuestra planta de hospitalización, evolucionando favorablemente y pudiendo ser dado de alta al 5.^º día posoperatorio. El estudio histológico confirma 3 lesiones metastásicas de adenocarcinoma de intestino grueso con márgenes quirúrgicos libres. El paciente opta por seguimiento sin quimioterapia adyuvante por mala tolerancia previa. En TAC, a los 3 meses de la cirugía, no se objetivan aparentes signos de recidiva.

Discusión: En el ámbito de la cirugía hepatobiliopancreática, la implementación del abordaje mínimamente invasivo requiere de notorios esfuerzos debido a la complejidad de los procedimientos quirúrgicos. Varios

grupos sugieren que las limitaciones inherentes a la laparoscopia convencional impiden su adopción generalizada, mientras que la asistencia robótica ofrecería beneficios en términos de mejor ergonomía y campo de visión tridimensional. De acuerdo con la literatura, la hepatectomía izquierda asistida por robot es segura y parece ser una técnica no inferior al abordaje laparoscópico, erigiéndose como atractiva alternativa.