



## V-098 - RESECCIÓN RADICAL ROBÓTICA DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

García Andrés, Rut; Beltrán Miranda, Pablo; Alba Morisco, Marcos; Moreno Asencio, María Teresa; Lara Romero, Paula; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un hombre de 63 años. Ha estado en seguimiento tras un cáncer de pulmón en 2020. Una tomografía computarizada de rutina mostró un engrosamiento de la vesícula biliar. La resonancia magnética mostró una masa en el segmento V del hígado, dependiente de la vesícula biliar. Se propone una colecistectomía radical robótica más resección hepática y linfadenectomía. Inicialmente se realiza una ecografía hepática completa identificando la masa en el segmento V. No se identifican otras lesiones. Se observa una esteatosis hepática significativa. Comenzamos liberando la grasa del colon que está infiltrada por el tumor. Luego, procedemos con la disección del conducto cístico. El conducto cístico es resecado entre *hemolocks* y enviado para análisis intraoperatorio, el cual resultó negativo para malignidad. La linfadenectomía hiliar comienza con los ganglios de la arteria hepática común. La disección precisa cerca de los vasos se realiza con tijeras, utilizando disección cortante y por coagulación. Se utiliza un sellador de vasos para vasos y ganglios más grandes. Completamos la disección sobre y por detrás de la arteria hepática común hasta visualizar la vena porta. Luego, se continúa la linfadenectomía sobre el conducto biliar común y la vena porta hacia arriba. Se visualizan la vena porta y la arteria hepática derecha. Finalmente, se realiza la linfadenectomía de los ganglios retroportales derechos. Se completa una linfadenectomía completa del hilio hepático. Se coloca un catéter Foley para una futura maniobra de Pringle. Se repite la ecografía para indicar los límites de la masa hepática. Se disecan las ramas del segmento IVB. Luego, estas ramas se pinzan con *hemolocks*. La transección hepática comienza desde el ligamento redondo hacia el segmento V. La transección hepática se realiza con disección bipolar usando pinzas Maryland y un sellador de vasos para los vasos más grandes. La transección hepática continúa hacia el límite entre los segmentos V y VI. Después, marcamos el límite de resección entre los segmentos V y VI y por encima de la fosa de la vesícula biliar. Como el tumor es bastante pesado, nos obliga a continuar la disección lateralmente al segmento V hasta alcanzar la disección previa. Visualizamos y preservamos una rama terminal de la vena suprahepática. Finalmente, se completa la transección hepática. Se revisa la hemostasia y la fuga biliar, y se aplica un parche hemostático. El tiempo quirúrgico fue de 300 minutos. La pérdida de sangre fue de 500 mL. El tiempo de la maniobra de Pringle fue de 58 minutos. El paciente fue dado de alta al quinto día sin ninguna complicación.