



www.elsevier.es/cirugia

V-044 - SECTORECTOMÍA POSTERIOR DERECHA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA CON CONTROL VASCULAR SELECTIVO

Navarro Moratalla, Carla; Melero Abellán, Antonio; Mir Labrador, José

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: En la laparoscopía, el control vascular selectivo es facilitado por la magnificación de la imagen, permitiendo una disección muy precisa del pedículo portal, sectorial y aún de las ramas segmentarias. La presión positiva del neumoperitoneo puede jugar también un rol hemostático adicional. Por lo tanto, la resección hepática laparoscópica (RHL) con ligadura vascular del flujo de entrada, antes de la transección, puede asociarse con niveles más bajos de pérdida de sangre que la laparotomía. Pese a que a día de hoy, estamos lejos de considerar la vía laparoscópica como el gold estándar para el abordaje de los segmentos posteriores, el objetivo consiste en mostrar la técnica quirúrgica que realizamos en la Unidad de cirugía hepática para la realización de resecciones hepáticas anatómicas laparoscópicas, de segmentos posteriores y demostrar que se trata de un abordaje seguro y adecuado.

Caso clínico: Varón de 67 años con diagnóstico de adenocarcinoma de sigma estadio IV con evidencia en TAC de extensión de dos lesiones en segmentos 7 y 8 hepáticos sugestivas de metástasis. Se decide intervención quirúrgica para resección curativa de neoplasia primaria y ecografía hepática intraoperatoria con toma de biopsia de las lesiones sospechosas. Se realiza en un primer tiempo, sigmoidectomía laparoscópica e identificación radiológica mediante ecografía intraoperatoria de metástasis en segmentos 6, 7, 8 y 5. La anatomía patológica de las biopsias reveló metástasis de adenocarcinoma de tipo intestinal. Dados los resultados de las pruebas complementarias y la marcada reducción del tamaño de las lesiones hepáticas en el PET-TAC realizado tras 6 ciclos de QT, se propone para cirugía electiva con objeto de efectuar la exéresis laparoscópica de dichas lesiones. Se emplearon trócares de 5 mm en flanco derecho, hipocondrio izquierdo y epigastrio; y de 12 mm en hipocondrio derecho. Mínimo cuadro adherencial de epiplón que no se libera al permitir la correcta visualización y acceso. No se objetivó presencia de líquido libre ni carcinomatosis peritoneal. Se procede a la realización de ecografía intraoperatoria hepática confirmándose las conocidas lesiones metastásicas. Se realiza control del hilio hepático mediante maniobra de Pringle. Se procede a la realización de hepatectomía limitada del segmento 8. Identificación y disección minuciosa de arterias segmentarias y rama portal para los segmentos posteriores que se secciona entre clips. Revelándose entonces una clara línea de demarcación isquémica, realizándose por tanto la transección mediante CUSA hasta completar la sectorectomía hepática posterior de los segmentos 6 y 7. El paciente presentó favorable recuperación postquirúrgica, siendo dado de alta a las 72 horas.

Discusión: En la actualidad, las intervenciones quirúrgicas de los segmentos posteriores hepáticos por vía laparoscópica, son considerados resecciones mayores. El abordaje del pedículo portal posterior, nos permite visualizar la demarcación de la línea de transección parenquimatosa, lo que nos facilitará la realización de la sectorectomía posterior derecha anatómica reglada, disminuyendo así el grado de complejidad de la técnica y

sus complicaciones.