



VP-015 - HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA POR COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO

González, Paula; Payá, Carmen; Santarrufina, Sandra; Sebastián, Juan Carlos; Navarro, Sergio; Domingo, Carlos; Martínez-Blasco, Amparo; Ortiz, Inmaculada

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: El colangiocarcinoma es una neoplasia originada en cualquier lugar del árbol biliar, siendo un 10% de localización intrahepática. En estos, los síntomas habituales son dolor en hipocondrio derecho y pérdida de peso, aunque la mayoría son asintomáticos. La visualización en pruebas de imagen de una masa hepática con relleno centrípeto y dilatación biliar periférica es altamente sugestiva de colangiocarcinoma intrahepático. El mejor tratamiento disponible es la resección quirúrgica radical R0, que suele consistir en hepatectomía, colecistectomía y linfadenectomía hilar. El pronóstico es generalmente desfavorable.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 41 años sin antecedentes relevantes que consulta por dolor recurrente en hipocondrio derecho de 4 meses de evolución. Ante el hallazgo de una lesión hepática en la ecografía se inicia el estudio. No presenta alteraciones analíticas ni elevación de marcadores tumorales. En el TC y la RM se objetiva una lesión focal hepática de 37 mm con realce periférico en la horquilla de división del pedículo portal derecho (segmento 8), con dilatación de la vía biliar proximal y sin enfermedad ganglionar ni metastásica. Se planifica una hepatectomía derecha laparoscópica con linfadenectomía hilar, siguiendo la siguiente técnica quirúrgica: se libera el hígado derecho de sus fijaciones, identificando las venas suprahepáticas. Se realiza la ecografía intraoperatoria confirmando los hallazgos descritos. Se prepara la maniobra de Pringle. A continuación se realiza la disección y clipaje de las venas con drenaje directo a la vena cava del hígado derecho (*piggyback*), incluida una vena accesoria suprahepática derecha. Tras la colecistectomía y la linfadenectomía del hilio comienza la disección del pedículo hepático derecho. Mediante un abordaje extrahepático, diseccionamos los elementos del pedículo y se seccionan entre Hem-o-loks® la vena porta derecha, la arteria hepática derecha y el conducto biliar principal derecho. Mediante ecografía se identifica el trayecto intraparenquimatoso de la vena suprahepática media y se inicia la transección hepática por la línea de Cantlie. Para ello empleamos el disector ultrasónico (CUSA), el bisturí bipolar LigaSure™ para sección parenquimatosa y sellado de vasos y el hidro-coagulador bipolar Aquamantis® para hemostasia del lecho de resección. Por último, se diseña y secciona la vena suprahepática derecha con endograpadora mecánica EndoGIA™. El paciente presenta un postoperatorio sin incidencias. La anatomía patológica confirma que se trataba de un colangiocarcinoma moderadamente diferenciado sin metástasis ganglionares.

Discusión: Pese a que la adopción de la hepatectomía mayor laparoscópica ha supuesto un reto técnico importante, con gran esfuerzo de adaptación por parte del cirujano, actualmente se considera una técnica reproducible y segura en manos de expertos. Los pacientes deben ser debidamente seleccionados en cuanto a características clínicas, localización, relaciones vasculares y extensión del tumor, etc. La hepatectomía laparoscópica se asocia a una menor pérdida de sangre, menor dolor postoperatorio y menor tasa de infección

de herida, lo que conlleva una disminución de la estancia hospitalaria comparada con la cirugía hepática abierta. Los resultados oncológicos son comparables a los de la cirugía abierta.