



O-018 - CIRUGÍA HEPÁTICA ROBÓTICA: CONSOLIDACIÓN ANTES DE LA EXPANSIÓN TRAS SUPERAR LAS 130 RESECCIONES

Navinés-López, Jordi; Pardo Aranda, Fernando; Cremades Pérez, Manel; Humaran Cozar, Daniel; Espín Álvarez, Francisco; Zárate Pinedo, Alba; Sentí Farrarons, Sara; Cugat Andorrà, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: Los avances técnicos de la cirugía hepática robótica (CHR) han impulsado su uso en la práctica clínica, en multiplicidad de series internacionales. No obstante, la no disponibilidad de los instrumentos establecidos en resecciones laparoscópicas ha llevado al desarrollo de varias opciones para la transección hepática, lo que limita el análisis del enfoque robótico.

Objetivos: Se analiza la serie de todos los pacientes intervenidos de cirugía hepática mediante abordaje robótico en nuestra institución desde 2018, en la que la transección del parénquima hepático es sistemáticamente robótica real mediante microfractura-coagulación (MFC).

Métodos: Se realizaron 131 CHR de 138 lesiones (abordaje posterior del 53,7%) en 123 pacientes de 63,7 años entre 20 y 83 años (57 mujeres) IMC 27,7 (18,1-41,4), ASA 3/4 (58,5%) y un índice de comorbilidad de Charlson 7,1 (1-12). La indicación fue por malignidad en 92 casos, destacando 50 metástasis colorrectales (6 no colorrectales), 28 carcinoma hepatocelular, 7 colangiocarcinoma, y una colecistectomía radical. Todos los pacientes se operaron con el Sistema Quirúrgico Da Vinci Xi (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA, EE. UU.), sobre colchón de fijación en decúbito supino para los segmentos anteriores (4,5) y lateral izquierdo de 45º para los posteriores (6,7,8). El método de transección parenquimatosa fue MFC bajo clampaje hiliar de Pringle extracorpóreo en todos los casos.

Resultados: La técnica quirúrgica fue predominantemente anatómica: 39 segmentectomías anatómicas, 26 sectorectomías izquierdas, 1 sectorectomía anterior, 3 sectorectomías posteriores, 1 hepatectomía central, 8 hepatectomías izquierdas, 5 derechas (y 2 procedimientos ALPPS), y 40 resecciones limitadas de parénquima. El tiempo operatorio fue (min) 217,6 (110-390), con un tiempo (min) de clampaje hiliar de Pringle de 50,9 (17-123). La media de pérdidas hemáticas fue (ml) 168,1 (100-900). 4 pacientes recibieron transfusión perioperatoria. La estancia hospitalaria total (días) fue de 4 (2-14). El porcentaje de margen libre R0 en los casos neoplásicos fue del 91%. La morbilidad a 90 días (escala de Dindo-Clavien > 3) fue de 6 casos (4,9%). Hubo un caso de mortalidad por insuficiencia hepática posoperatoria tras segmentectomía por hepatocarcinoma, 3 casos de fistula biliar ISGLS-B/C, 3 casos de colección intraabdominal, 1 infección de herida y 1 íleo paralítico. Hubo 3 casos de conversión, uno a laparoscopia por fallo irrecuperable del sistema de energía, y dos a cirugía abierta por síndrome adherencial denso y revisión de sangrado oculto. Se dio 1 caso de reintervención (deserosamiento de un asa antes del docking) exceptuando los dos casos ALPPS.

Conclusiones: La CHR mediante MCF se ha consolidado como segura y reproducible. El método de transección, robótico real, permite la comparabilidad entre casos, aumentando la coherencia interna de la serie. Su uso sistemático presenta unos resultados comparables a los obtenidos por laparoscopia.