

Cartas científicas

Resección laparoscópica de adenoma hepático con tres trocares

Three trocar laparoscopic hepatic adenoma resection

La aparición de múltiples avances técnicos y una progresiva formación laparoscópica de los cirujanos hepáticos han permitido que la cirugía laparoscópica hepática se haya desarrollado exponencialmente en los últimos años¹⁻³. Actualmente, muchos cirujanos hepáticos se han decantado por la vía laparoscópica para realizar la sectionectomía lateral izquierda, la resección de tumores superficiales o el tratamiento de lesiones quísticas hepáticas¹. Habitualmente, en estas intervenciones se utilizan 5 trocares y maniobra de Pringle. Pero ya hay comunicaciones aisladas del uso de 3 trocares únicamente y sin Pringle sistemático. Presentamos la resección de un adenoma hepático en el segmento IVb de 3 cm mediante el empleo de 3 trocares sin oclusión portal y debatimos los beneficios de esta variante técnica.

Mujer de 33 años, sin antecedentes de interés, que refiere dolor abdominal tipo cólico en el hipocondrio derecho. La ecografía detecta una colelitiasis y una imagen nodular de 2,9 cm en el segmento IVb, que se informa como hemangioma. Se realiza colecistectomía laparoscópica con 3 trocares y se observa que la lesión tiene aspecto lipomatoso. Se decide efectuar la colecistectomía laparoscópica y diferir el tratamiento de esta lesión una vez estudiada. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal (fig. 1) que muestra una lesión única en el segmento IVb, de aproximadamente 3 cm, con un marcado componente graso, que podría tratarse de un angiomolipoma o adenoma, y se propone a la paciente la resección laparoscópica del tumor, que se realizó 21 días tras la colecistectomía. Se usaron únicamente 3 trocares (10 mm en ombligo, 10 mm en flanco izquierdo y 5 mm en flanco derecho) y se realizó tumorectomía laparoscópica con Ligasure® de 5 mm, sin maniobra de Pringle (fig. 2). Finalizada la resección, se colocó esponja de colágeno con fibrinógeno y trombina (Tachosil®) en el lecho hepático. La ecografía intraoperatoria descartó otras lesiones. La cirugía duró 45 min y las pérdidas hemáticas fueron de 30 ml. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y fue dada de alta a los 2 días de la intervención. En el estudio macroscópico, se trataba de una lesión nodular bien delimitada, de 3 cm de diámetro, aspecto homogéneo al corte, color amarillento

y consistencia elástica, sin cápsula ni tractos fibrosos. Al microscopio, la lesión estaba formada por células de apariencia hepatocitaria con marcada tendencia a la esteatosis univacuolar y multivacuolar compatible con adenoma hepático.

La primera resección hepática laparoscópica (RHL) fue realizada en 1992^{1,4,5}. Inicialmente el número de RHL realizadas fue escaso, pero la aparición de un instrumental óptimo y un progresivo interés entre los cirujanos hepáticos por las RHL han incrementado notablemente la cantidad de RHL realizadas.

La RHL de tumores benignos es una indicación especialmente atractiva, ya que no se da la teórica posibilidad de diseminación tumoral y suelen ser pacientes jóvenes^{1,3,4}. Las ventajas de la RHL son múltiples: menor dolor postoperatorio, reducción de las adherencias peritoneales, menor estancia media, temprana incorporación al trabajo, menor número de hernias incisionales y ventajas estéticas^{1,3,4}, y aunque no esté absolutamente demostrado, parece que la RHL reduce las pérdidas hemáticas y la morbilidad⁴. Pero las ventajas de la RHL no debe hacernos cambiar las indicaciones quirúrgicas de los tumores hepáticos benignos que deben seguir siendo: la duda diagnóstica y los síntomas o complicaciones^{1,2,4-6}.

El número de RHL por adenoma hepático publicadas es aún reducido¹⁻⁵, aproximadamente unos 30. Los resultados obtenidos en RHL por adenoma son excelentes y paulatinamente se está convirtiendo en la técnica de elección en los casos técnicamente factibles³.

La selección de los candidatos a RHL con tumores benignos es esencial. Los tumores pequeños (< 5 cm) localizados superficialmente en los segmentos II a VI son los más adecuados para el abordaje laparoscópico^{1,2,4,7}, aunque se han ampliado las indicaciones a tumores más grandes y en otras localizaciones². La tasa de conversión de RHL en tumores menores de 5 cm es muy baja, lo que demuestra su elevada factibilidad⁴. Esto se debe a que los primeros 3 cm de parénquima hepático no presentan grandes vasos excepto en puntos concretos⁷.

La técnica clásica de RHL utiliza 5 trocares (dos de 12, uno de 10 y dos de 5 cm)¹⁻⁴ y pinzamiento portal sistemático. Pero

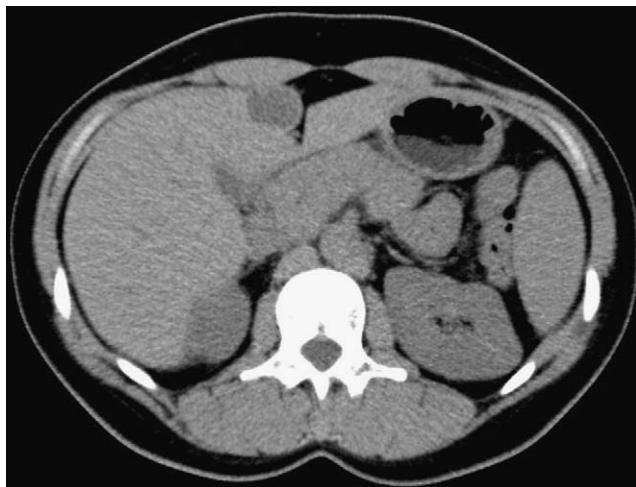


Figura 1 – Tomografía computarizada que muestra la lesión en el segmento IVb.



Figura 2 – Pieza de resección.

en las series publicadas, se observa que en un porcentaje de pacientes, que oscila entre el 12,5 y el 46%, se realizó la técnica sin Pringle²⁻⁴. Nuestra opinión es que en resecciones periféricas de tumores pequeños o segmentectomías no es estrictamente necesario proceder al pinzamiento portal, aunque debe estar preparado por cualquier contratiempo.

Hay una única publicación sobre el uso de 3 trocares en 9 casos de RHL⁷. Todos los pacientes presentaban tumores malignos (8 hepatocarcinomas y 1 metástasis hepática) situados superficialmente en los segmentos II a VI y VIII, con un

tamaño medio de 3 cm. La resección fue efectuada con un bisturí ultrasónico. La media de tiempo invertido fue de 2 h, no efectuaron Pringle y las pérdidas hemáticas fueron de 75 ml⁷. No hubo morbimortalidad. Creemos que, aunque es una experiencia corta y en enfermos seleccionados, se puede afirmar que lesiones periféricas menores de 5 cm pueden ser resecadas sólo con 3 trocares en lugar de los clásicos 5 trocares. En nuestro caso, la visualización previa de la lesión durante la colecistectomía nos facilitó la planificación de la RHL.

Por tanto, concluimos que es factible la resección de tumores hepáticos sólidos menores de 5 cm localizados superficialmente mediante 3 trocares y sin oclusión portal.

B I B L I O G R A F Í A

1. Cugat E, Olsina JJ, Rotellar F, Artigas V, Suarez MA, Moreno C, et al. Resultados iniciales del Registro Nacional de Cirugía Hepática por Laparoscopia. Cir Esp. 2005;78:152-60.
2. Robles R, Abellán B, Marín C, Fernández JA, Ramírez P, Morales D, et al. Resección de tumores hepáticos sólidos por laparoscopia. Presentación de nuestra experiencia. Cir Esp. 2005;78:238-45.
3. Troisi R, Montalti R, Smeets P, Van Huysse J, Van Vlierberghe H, Colle I, et al. The value of laparoscopic liver surgery for solid benign hepatic tumors. Surg Endosc. 2008;22:38-44.
4. Ardito F, Tayar C, Laurent A, Karoui M, Loriau J, Cherqui D. Laparoscopic liver resection for benign disease. Arch Surg. 2007;142:1188-93.
5. Dulucq J, Wintringer P, Stablini C, Berticelli J, Mahajna A. Laparoscopic liver resections: a single center experience. Surg Endosc. 2005;19:886-91.
6. Ramíaz JM, Muffak K, Villar J, Garrote D, Ferron JA. Tumores hepáticos sólidos benignos. Cir Esp. 2005;77:247-53.
7. Toyama Y, Miyake R, Son K, Yoshida S, Usuba T, Nojiri T, et al. Three-port laparoscopic partial hepatectomy using an ultrasonically activated device. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006;13:317-22.

José Manuel Ramíaz Ángel*, Roberto De la Plaza Llamas, Pilar Veguillas Redondo, José E. Quiñones Sampedro y Jorge García-Parreño Jofré

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com
(J.M. Ramíaz Ángel).