

CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Hepatectomía derecha con disección hiliar totalmente laparoscópica

Totally laparoscopic right hepatectomy with hilar dissection

Paciente mujer de 28 años de edad, con historia previa de toma de anticonceptivos orales, que en estudio por colestasis disociada se diagnosticó mediante resonancia magnética (RM) una lesión hepática sólida, heterogénea, subcapsular de 61 × 51 mm en los segmentos 7/8, hiperintensa en T2 y con algunas áreas de grasa en su interior, que presentaba intensa captación en fase arterial y persistencia de mínimo realce en fase de equilibrio (figs. 1 y 2). El diagnóstico diferencial incluía hemangioma atípico, adenoma e hiperplasia nodular focal, sin poder descartar el carcinoma hepatocelular bien diferenciado. Revalorada mediante RM multihance (contraste hepato-biliar específico Gd-BOPTA) en las fases tardías la lesión mostraba una señal hipointensa en relación con el parénquima hepático que descartaría una hiperplasia nodular focal, siendo entonces el diagnóstico más probable de adenoma. Las determinaciones analíticas realizadas (serologías víricas B y C, autoinmunidad, CEA, alfa-fetoproteína, alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina) fueron negativas. Dada la proximidad de la vena suprahepática derecha (VHD) y que afectaba a ambos segmentos 7 y 8 se indicó la realización de una hepatectomía derecha.

La paciente se colocó en decúbito supino con ligero anti-Trendelenburg, las piernas abiertas, el cirujano entre ellas y un asistente a cada lado. La intervención se realizó mediante la colocación de 5 trocates y utilizando una óptica de 30°. Se realizó una incisión suprapúbica transversa de 6 cm para extraer el hígado derecho. En la ecografía intraoperatoria la lesión se visualizaba con dificultad apreciando únicamente un tenue cambio en la ecogenicidad del parénquima hepático sin límites definidos. Se siguieron los pasos descritos para la hepatectomía derecha laparoscópica con disección hiliar¹: colecistectomía; identificación de la vía biliar; disección de la arteria hepática propia y sus ramas principales que en este caso fueron tres (izquierda, media y derecha); sección entre clips de la arteria hepática derecha; disección de la vena porta derecha e identificación de la izquierda; sección de la vena porta derecha con endograpadora vascular (45/2,5 mm). Una vez disecado el hilio hepático se seccionó el ligamento

redondo y falciforme hasta el origen de las venas suprahepáticas identificando, pero sin disecar en su totalidad, las venas suprahepática derecha, media e izquierda. Se prosiguió realizando una movilización del lóbulo hepático derecho hasta dejar expuesta la vena cava en todo su trayecto y el origen de la VHD. El primer vaso corto del caudado a la cava se seccionó entre clips y los siguientes se seccionaron con LigaSure™ V 5 mm (Covidien Medical Products, Shanghai, China). Se colocó una cinta rodeando el hilio hepático para posible control vascular total, si bien se realizó toda la transección hepática sin pinzamiento. La parenquimotomía se realizó en sentido caudo-cranial utilizando el Harmonic Ace™ 5 mm (Ethicon Endo-Surgery, Puerto Rico) en los planos superficiales y LigaSure™ V 5 mm en los profundos. Se utilizaron pinzas bipolares para la hemostasia de superficie. Una vez realizada la mayor parte de la hepatotomía, se seccionó la vía biliar derecha con endograpadora vascular. La VHD se disecó a nivel intraparenquimatoso y se seccionó con endograpadora vascular. El tiempo total operatorio fue de 376 min. No requirió transfusión sanguínea. La hemoglobina postoperatoria fue de 11,6 g/dl (preoperatoria 13,7 g/dl). El pico máximo de hipertransaminasemia fue el primer día (alanina aminotransferasa 595 U/l y aspartato aminotransferasa 526 U/l) y el de hiperbilirrubinemia (1,8 mg/dl) y alargamiento del tiempo de protrombina (44%) el segundo día. El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dada de alta el sexto día. El resultado anatómo-patológico definitivo fue de adenoma hepático.

El abordaje laparoscópico se está consolidando como una alternativa segura y eficaz a la cirugía hepática convencional cuando se realiza por cirujanos expertos en cirugía hepática y adecuadamente entrenados en laparoscopia². No obstante, aunque se considere ya en nuestro medio como una realidad factible, todavía quedan por definir diversas cuestiones, tanto en relación con el tipo de patología a tratar como a aspectos técnicos, reproducibilidad, resultados oncológicos e idoneidad del cirujano³. Desde que en 2005 se publicaran los primeros resultados del registro nacional de cirugía hepática

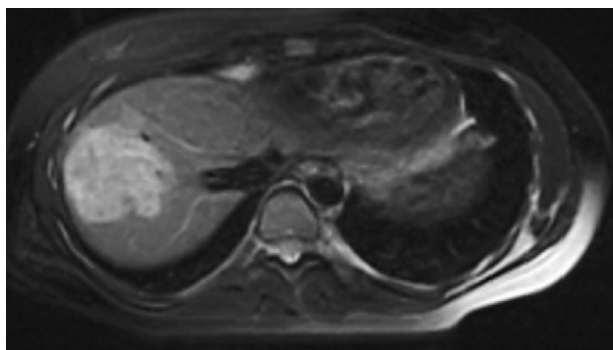


Figura 1 – RM con contraste (gadolinio): tumoración hepática subcapsular, heterogénea, multilobulada, hiperintensa en T2 y con áreas de grasa en su interior sugestiva de adenoma. Se aprecia la proximidad de la raíz de la vena suprahepática derecha.

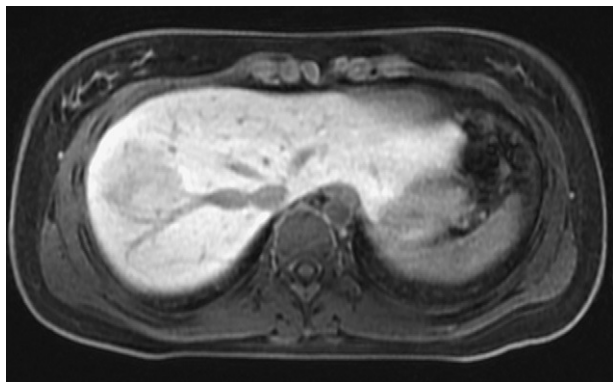


Figura 2 – RM hepática: se aprecia el contacto con la VHD.

laparoscópica⁴, el número de pacientes operados en España ha ido aumentando, pudiendo recomendarse el uso de la vía laparoscópica en casos seleccionados atendiendo a la localización y características de las lesiones que se deben tratar⁵. En general, se contempla la resección en lesiones benignas de tamaño inferior a 5 cm y que requieran resecciones menores y localizadas en segmentos favorables^{2,5}. En nuestro medio, la realización de hepatectomías derechas por laparoscopia es anecdótica, habiéndose realizado de forma puntual mediante el uso de dispositivos de asistencia con la mano^{6,7} o un caso de quiste hepático⁵. Sólo en centros de referencia de reconocido prestigio^{1,8}, la hepatectomía derecha se realiza de forma habitual por laparoscopia presentando resultados comparables o incluso mejores con los de la cirugía abierta^{9,10}.

Realizamos este caso después de tener una adecuada experiencia previa en resecciones hepáticas de hasta dos segmentos y en diferentes localizaciones. Si bien se trata de un caso puntual, sería la primera hepatectomía derecha reglada con disección hiliar completa totalmente laparoscópica

realizada en nuestro medio por un tumor sólido. El buen resultado obtenido y el indudable beneficio para la paciente nos obligan a plantearnos la realización en el futuro de nuevos casos, bien seleccionados, y estandarizar la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gumbs AA, Gayet B. Multimedia article. Totally laparoscopic extended right hepatectomy. *Surg Endosc.* 2008;22:2076-7.
2. Buell J, Cherqui D, Geller DA, O'Rourke N, Iannitti D, Dagher I, et al. The international position on laparoscopic liver surgery: The Louisville Statement, 2008. *Ann Surg.* 2009;250:825-30.
3. Cugat E, Marco C. Cirugía laparoscópica del hígado. ¿Una opción madura? *Cir Esp.* 2009;85:193-5.
4. Cugat E, Olsina JJ, Rotellar F, Artigas V, Suárez MA, Moreno-Sanz C, et al. Resultados iniciales del registro nacional de cirugía hepática por laparoscopia. *Cir Esp.* 2005;78:152-60.
5. Cugat E, Pérez-Romero N, Rotellar F, Suárez MA, Gastaca M, Artigas V, et al. Laparoscopic liver surgery: 8 years of multicenter Spanish register. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2010;17:262-8.
6. Robles R, Marín C, Abellán B, López A, Pastor P, Parrilla P. A new approach to hand-assisted laparoscopic liver surgery. *Surg Endosc.* 2008;22:2357-64.
7. Robles R, Marín C, Abellán B, López-Conesa A, Ramírez P, Parrilla P. Hepatectomía derecha e izquierda por laparoscopia asistida. Descripción de un abordaje original. *Cir Esp.* 2006;80:326-30.
8. Dagher I, O'Rourke N, Geller DA, Cherqui D, Belli G, Gamblin TC, et al. Laparoscopic major hepatectomy: an evolution in standard of care. *Ann Surg.* 2009;250:856-60.
9. Dagher I, Di Giuro G, Dubrez J, Lainas P, Smadja C, Franco D. Laparoscopic versus open right hepatectomy: a comparative study. *Am J Surg.* 2009;198:173-7.
10. Castaing D, Vibert E, Ricca L, Azoulay D, Adam R, Gayet B. Oncologic results of laparoscopic versus open hepatectomy for colorectal liver metastases in two specialized centers. *Ann Surg.* 2009;250:849-55.

Ignasi Poves^{a,*}, María de los Ángeles Martínez-Serrano^a, Fernando Burdío^a, Susana Coll^b y Luis Grande^a

^aUnidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari del Mar, Barcelona, España

^bServicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitari del Mar, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ipoves@parcdesalutmar.cat (I. Poves).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.01.027