



## V-054 - RESECCIÓN ROBÓTICA AISLADA DEL LÓBULO CAUDADO CON ACCESO AL PEDÍCULO GLISSONIANO

Bosch, Gemma<sup>1</sup>; Sánchez-Velásquez, Patricia<sup>1</sup>; Donisi, Greta<sup>2</sup>; Colombo, Giulia<sup>3</sup>; García-Picazo, Alberto<sup>1</sup>; Burdío, Fernando<sup>1</sup>; Ielpo, Benedetto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Research Hospital, Milán; <sup>3</sup>Università degli Studi di Milano, Milán.

### Resumen

**Introducción:** La resección del lóbulo caudado del hígado plantea un desafío quirúrgico considerable debido a su anatomía única. Su disposición profunda en el parénquima hepático y su adyacencia a los principales vasos hepáticos (la vena cava posterior, la triada portal inferior y la confluencia venosa superior), así como las numerosas variantes anatómicas vasculares y de drenaje biliar, confieren una elevada complejidad al procedimiento. Dicha complejidad se ve reflejada en el número limitado de publicaciones sobre resecciones mínimamente invasivas del lóbulo caudado en la literatura disponible. En el particular caso de carcinoma hepatocelular (CHC) sobre un hígado cirrótico en el que la enfermedad hepática subyacente traduce mayor fragilidad y comorbilidad en el paciente afecto, el enfoque mínimamente invasivo puede ser particularmente beneficioso, preservando la integridad de la pared abdominal y la función diafragmática. El objetivo de la presente vídeo-comunicación es detallar la técnica quirúrgica de una caudectomía robótica mediante acceso al pedículo glissoniano, ilustrar las relaciones anatómicas y compartir nuestros consejos y trucos. Artículo multimedia a propósito de un caso, con una exposición detallada de las relaciones anatómicas vasculares y los *landmarks* y una descripción por pasos de la técnica quirúrgica de la resección completa del lóbulo caudado mediante un abordaje robot-asistido.

**Caso clínico:** Se presenta una mujer de 59 años con una hepatopatía mixta (enólica/NASH) crónica conocida, clasificada como un Child Pugh B, con un gradiente portocava no significativo. En uno de los controles ecográficos se identifica una masa a expensas del caudado con un estudio por tomografía no concluyente, motivo por el que se toman biopsias con diagnóstico definitivo de CHC. La resección robótica del lóbulo caudado se realizó mediante acceso al pedículo glissoniano. Se abordó inicialmente el lateral izquierdo en dirección caudocraneal, separando cautelosamente la superficie posterior de la vena cava inferior (VCI), controlando y ligando las ramas retrohepáticas. Una vez liberados el lóbulo de Spiegel y la parte paracaval del caudado se actuó sobre la cara anterior por debajo de la confluencia de las venas hepáticas izquierda y media hasta identificar el ligamento de Arantius que determina el límite superior de la resección y que supone un *landmark* en el abordaje glissoniano del pedículo. Se retira el torniquete para la maniobra de Pringle y tras comprobación del pedículo con verde de indocianina se procede a su ligadura, para luego finalizar la caudectomía con seguridad. El tiempo operatorio fue de 300 minutos con una pérdida hemática intraoperatoria de 50 ml. El estudio patológico describe una resección R0. No se reseñan hallazgos de insuficiencia hepática posoperatoria ni otras complicaciones y el paciente fue dado de alta al

tercer día posoperatorio.

**Discusión:** La resección robótica del caudado es factible y segura en centros expertos, sobre todo si se procura una adecuada planificación prequirúrgica considerando las variantes anatómicas. Además, la plataforma robótica puede proporcionar ventajas únicas en términos de visualización de estructuras y flexibilidad de instrumentos, evitando a los pacientes hepatópatas un mayor estrés adyacente al abordaje abierto.