



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-127 - HEPATECTOMÍA DERECHA ROBÓTICA *IN SITU* MEDIANTE ABORDAJE ANTERIOR: UN ABORDAJE ÚTIL EN CASO DE TUMORES DE GRANDES DIMENSIONES

Brusadin, Roberto; Navarro Barrios, Álvaro; López-López, Víctor; López Conesa, Asunción; Pastor Pérez, Patricia; Sánchez Esquer, Ignacio; Giménez Mascuñán, Isabel; Robles Campos, Ricardo

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: El abordaje mínimamente invasivo en cirugía hepática ha experimentado un gran desarrollo en los últimos años. El abordaje laparoscópico ha demostrado reducir las pérdidas hemáticas, la estancia hospitalaria y las complicaciones respecto a la cirugía abierta manteniendo unos resultados oncológicos similares. A pesar de estas ventajas, las resecciones hepáticas laparoscópicas se consideran una cirugía técnicamente demandante, especialmente en caso de hepatectomías mayores o de resecciones de segmentos posterosuperiores. En estos casos, el abordaje robótico puede ser de gran utilidad y permitiendo realizar resecciones más complejas con mayor seguridad y eficacia. En este vídeo presentamos una hepatectomía derecha robótica con abordaje anterior por unas metástasis hepáticas de cáncer colorrectal de grandes dimensiones.

Caso clínico: Varón de 42 años diagnosticado de adenocarcinoma de sigma a 16 cm del margen anal con metástasis hepática única de aproximadamente 11 cm en lóbulo hepático derecho. El estudio preoperatorio se completa con PET-TAC y modelo virtual 3D que demuestra un volumen residual funcional izquierdo suficiente (34%). Tras discutir el caso en comité de tumores se decide quimioterapia neoadyuvante y cirugía según esquema *Liver first* utilizando un Robot Da Vinci XI con mesa integrada. El paciente se coloca en decúbito supino, anti Trendelenburg 20°, decúbito izquierdo 15°, carro a la derecha del paciente, 4 trocares robóticos. El cirujano asistente se coloca entre las piernas del paciente usando 1 trocar auxiliar de 12 mm en flanco derecho y la transección del parénquima se realiza con instrumental exclusivamente robótico (*Vessel sealer* y pinza bipolar). Se realiza un abordaje intraglissoniano extrahepático clipando y seccionando arteria hepática y vena porta derecha. Utilizamos el verde de indocianina que habíamos administrado 24 horas antes de la cirugía para una mejor visualización de la lesión y a nivel intraoperatorio utilizamos un sistema de navegación 3 D integrado en el sistema Da Vinci. Sin movilizar el lóbulo hepático derecho se realiza una disección entre el caudado y la cava y entre las venas hepáticas derecha y media para disección del túnel retrohepático y realización de maniobra de Hanging. Para la realización de la misma utilizamos una sonda nasogástrica estéril y, una vez que hemos conseguido pasarla, la utilizamos para “colgar” el hígado traccionando de ella con la fórceps bipolar colocada en el brazo 1. Se procede a la transección del parénquima con instrumental exclusivamente robótico, se secciona pedículo biliar derecho entre Hem-o-lok y finalmente se secciona vena hepática derecha con endogía vascular. Se realiza entonces la liberación del lóbulo hepático derecho y se extrae la pieza por un

Pfannestiel. El decurso posoperatorio transcurre sin complicaciones y el paciente es alta a los 5 días.

Conclusiones: El abordaje robótico permite realizar maniobras complejas y técnicamente muy demandantes, como la maniobra de Hanging, con mayor facilidad respecto a la cirugía laparoscópica. El abordaje anterior con hepatectomía *in situ* parece especialmente útil en caso de tumores de grandes dimensiones que dificultan la movilización inicial del lóbulo hepático derecho.