



VC-068 - HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON ABORDAJE CAUDAL ASISTIDA POR HANGING. TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO

Guerrero Antolino, Pablo; Quevedo Cruz, David; Nieto Sánchez, Marta; Montalvá Orón, Eva; Hernando Sanz, Ana; Maupoey Ibáñez, Javier; Boscá Robledo, Andrea; López Andújar, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Las resecciones hepáticas mayores revisten una importante dificultad técnica debido al complejo sistema de vascularización y al entramado biliar del hígado. En los últimos años, la cirugía mínimamente invasiva se ha instaurado como técnica de elección en casos seleccionados, por sus mejores resultados en cuanto a recuperación posquirúrgica. A pesar de ello, el riesgo de complicaciones intraoperatorias no es desdeñable, especialmente en pacientes con importante carga tumoral, así como en hígados cirróticos.

Caso clínico: En este vídeo se presenta la técnica de hepatectomía derecha laparoscópica con abordaje caudal, asistida por maniobra de Hanging. El paciente se colocará en posición de Lloyd Davies, con el cirujano entre las piernas. Se utilizará un trócar de Hasson supraumbilical, 2 trócares de 12 mm y otros 2 trócares de 5 mm. Se inicia la intervención seccionando el ligamento redondo y falciforme. Una vez disecada la reflexión peritoneal del ligamento falciforme, se expondrán las venas suprahepáticas en su entrada a la vena cava inferior. A este nivel, el objetivo es localizar la escotadura presente entre la vena hepática derecha y la media, con el fin de individualizar la primera. A continuación, se procede a la movilización y luxación del hígado derecho, con la sección del ligamento, coronario, triangular derecho y por último, del ligamento hepatocava. Tras ello, la vena suprahepática derecha quedará expuesta y se referencia con una cinta, la cual nos servirá posteriormente para llevar a cabo la maniobra de Hanging. Se realiza una ecografía intraoperatoria para identificar las tanto las lesiones tumorales presentes como la vena suprahepática media que marcará nuestro límite de resección. Seguidamente, se expone la vena cava retrohepática y se coagulan y seccionan las ramas accesorias retrohepáticas. El siguiente paso consistirá en la disección del triángulo de Calot. Identificaremos la arteria hepática derecha y, una vez clipada y seccionada, se expondrá la bifurcación portal. Seccionaremos, así pues, la rama derecha de la vena porta. En estos momentos, se comenzará a visualizar la línea de isquemia (línea de Cantlie). Una vez establecida esta línea de isquemia, se inicia la transección hepática bajo maniobra de Pringle. La peculiaridad de este caso radica en el abordaje caudal de la transección, identificando y respetando todo el trayecto intrahepático de la vena suprahepática media. La maniobra de Hanging aportará tensión y nos será de utilidad para no desviarnos de la línea de transección, especialmente en la parte final de la transección. Para finalizar, se seccionarán mediante endograpadora tanto la placa hiliar a nivel del conducto hepático derecho, como la vena suprahepática derecha. La pieza se extrae mediante una incisión de Pfannestiel de asistencia. Se revisa la hemostasia y, como último paso, se

fijará el hígado remanente para evitar desplazamientos del mismo.

Discusión: La resección hepática mayor vía laparoscópica es una técnica de elevada dificultad que únicamente se debería llevar a cabo en centros con amplia experiencia y dotados de las tecnologías más avanzadas. En estos casos, se asocia con menor estancia hospitalaria, menor pérdida hemática y una recuperación más precoz.