



VC-079 - PUERTA DE SUGIOKA, DISECCIÓN DE PEDÍCULO GLISSONIANO EN SEGMENTECTOMÍA VI LAPAROSCÓPICA POR LOE HEPÁTICA INESPECÍFICA

Cagigal Ortega, Elima Pilar; Cancelas Felgueras, Maria Dolores; Enjuto Martínez, Diego; Cervera Celdran, Iria; García Domínguez, Antonio; Álvarez Cuiñas, Ana; Castro Lara, Ricardo; Martín Ramiro, Javier

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Resumen

Objetivos: Couinaud describió tres abordajes de los pedículos glissonianos: abordaje intrafascial, extrafascial y extrafascial-transfascial. El intrafascial, disección vascular individual. El extrafascial, abordaje pedicular glissoniano, dividido en abordaje intrahepático y extrahepático según la destrucción o no del parénquima. El abordaje extrafascial-transfascial, pedicular con sección hepática mayor por la porta principal o fisura umbilical. Aislar el pedículo glissoniano extrahepático sin destrucción parenquimatosa para la resección hepática anatómica basada en la cápsula de Laennec es importante para la seguridad quirúrgica. Debido a la cirugía hepática mínimamente invasiva emergente se ha estandarizado la técnica.

Caso clínico: Varón de 52 años, fumador, exbebedor de 1,5 litros de cerveza diarios, y serología vírica hepática negativa, diagnosticado por ecografía abdominal de LOE hepática de 10 cm en segmento VI. El TAC abdominal informa de lesión de 10,2 × 8,2 cm en segmento VI, heterogénea, sólida, con áreas quísticas, inespecífica, a descartar neoplasia primaria. Después en RM, se observa masa en segmento VI, heterogénea, con componente quístico/necrótico, hematoma intralesional, que capta contraste, inespecífica, sin crecimiento respecto a TAC, que impresiona de lesión benigna, pero precisa descartar malignidad primaria o metástasis. Se biopsia en dos ocasiones, ecodirigida. La primera BAG muestra esteatosis microvascular, focos de necrosis y hemorragia, sin datos histológicos específicos. La segunda BAG, escaso material celular compatible con proliferación hepatocelular sin rasgos de malignidad, ni especificidad. En comité de tumores se decide cirugía laparoscópica. Se coloca al paciente en posición francesa con hiperextensión de brazo derecho y decúbito lateral izquierdo, para acceder al sector posterior, usando 5 trócares. Se identifica LOE hepática sólida en segmento VI de 10 cm. Se realiza colecistectomía y disección de pedículo hepático exteriorizándolo por flanco izquierdo. Aseguramos márgenes de la lesión mediante ecografía intraoperatoria. Se disecciona el pedículo glissoniano del sector posterior derecho (V-VI) por puertas de Sugioka V-VI sin lograr un paso claro, posiblemente por el peso del tumor que tracciona del pedículo. Realizamos segmentectomía del VI, disección de rama del segmento VI, ligada con hem-oclos. Se realiza pringle extracorpóreo durante 10 min. Extracción de pieza por Pfannenstiel. Alta al 4º día posoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica informa de hepatocarcinoma bien diferenciado (grado1), con bordes quirúrgicos libres de afectación tumoral, estadio pT3.

Discusión: Para estandarizar la técnica es importante reconocer cuatro puntos de referencia

anatómicos y las seis puertas (Puerta I a VI). Los puntos de referencia son: placa de Arantius, placa umbilical, placa quística y pedículo del proceso caudado. Las puertas son los puntos indicados por estas referencias anatómicas. Los espacios definidos entre la cápsula de Laennec y el pedículo glissoniano permite la entrada solo en las puertas sin destrucción del parénquima. Debido al concepto de anatomía quirúrgica integral del hígado basada en la cápsula de Laennec, todos los pedículos glissonianos extrahepáticos pueden aislarse sistemáticamente y el flujo de entrada hepático estaría controlado durante la disección parenquimatosa. Esto permite una resección hepática segura y curable.