



## V-129 - RESECCIÓN ROBÓTICA DE UN COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR DERECHO (KLASTKIN TIPO IIIA)

Ielpo, Benedetto; Sánchez-Velázquez, Patricia; García-Picazo, Alberto; Burdio, Fernando

Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** La resección del colangiocarcinoma perihiliar es una técnica desafiante, siendo el tipo IIIA uno de los procedimientos más complejos. En la actualidad, el abordaje robótico está ganando un interés creciente entre la comunidad quirúrgica, y se han reportado cada vez más series que describen la resección hepática robótica. Sin embargo, se han reportado pocos casos de colangiocarcinoma tipo IIIA de Bismuth de forma mínimamente invasiva. El abordaje robótico permite una mejor disección y sutura gracias a los movimientos precisos y flexibles de los instrumentos, superando algunas de las limitaciones de la técnica laparoscópica. Por lo tanto, la técnica robótica puede facilitar algunos de los pasos críticos de un procedimiento técnicamente exigente, como la hepatectomía derecha extendida para el colangiocarcinoma perihiliar tipo IIIA de Bismuth.

**Métodos:** En este vídeo multimedia describimos, por primera vez en la literatura, una técnica quirúrgica robótica completa paso a paso con algunos consejos y trucos para tratar un colangiocarcinoma perihiliar tipo IIIA de Bismuth, realizando una hemihepatectomía derecha extendida radical, incluyendo el segmento I combinado con linfadenectomía regional y reconstrucción del conducto biliar izquierdo. Se trata de una mujer de 55 años con ictericia obstructiva (10 mg/dl) que acude a nuestro centro. El cepillado endobiliar confirmó adenocarcinoma, y la RM/TC mostró una lesión perihiliar focal de 2 cm, que incluía la bifurcación del conducto biliar principal y se extendía hasta el conducto derecho (colangiocarcinoma hilar tipo IIIA de Bismuth). Después de la colocación de *stents* biliares endoscópicos y 6 semanas después de la embolización de la vena porta derecha, el remanente hepático futuro, incluyendo los segmentos II y III, alcanzó un volumen de hipertrofia suficiente. Se realizó una hemihepatectomía derecha con lóbulo caudado, incluyendo linfadenectomía estándar y reconstrucción del conducto biliar izquierdo.

**Resultados:** La operación duró 670 minutos con una pérdida estimada de sangre de 350 ml. El examen patológico posoperatorio reveló un adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT1N0 con 15 ganglios resecaos y márgenes libres. La paciente sufrió una fístula biliar tipo A y fue dada de alta en el día 21 posoperatorio sin drenaje abdominal.

**Conclusiones:** A través de los consejos y trucos presentados en este vídeo, mostramos las ventajas del enfoque robótico para realizar correctamente una de las cirugías más complejas.