



O-113 - MANEJO DE COMPLICACIONES VASCULARES DE GRANDES VASOS EN CIRUGÍA HEPÁTICA Y PANCREÁTICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

F. Rotellar, P. Martí-Cruchaga, G. Zozaya, A. Benito, J. Arredondo, M. Bellver y F. Pardo

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Resumen

Objetivos: Revisar la incidencia y técnica quirúrgica aplicada ante incidencias intraoperatorias en forma de sangrado o lesiones vasculares durante hepatectomías o pancreatectomías realizadas por vía laparoscópica.

Métodos: En enero de 2002 comenzamos a utilizar en nuestro centro el abordaje laparoscópico en cirugía hepática y en noviembre de 2004 se realizó la primera resección de una lesión sólida hepática. En este periodo se han realizado 106 cirugías hepáticas, siendo 97 de ellas resecciones de lesiones sólidas. Se produjeron dos sangrados en relación con grandes vasos: una lesión accidental de la vena suprahepática derecha durante una resección del segmento 7 y un sangrado de la vena cava durante una hepatectomía derecha. Desde febrero de 2003, en que se inició el abordaje laparoscópico de lesiones pancreáticas se han realizado 58 resecciones. En 4 casos se presentó sangrado de alguna colateral de la vena esplénica (tres pancreatectomías distales con preservación de bazo y vasos y una pancreatectomía central). En una pancreatectomía distal con esplenectomía por una lesión de gran tamaño, se soltó accidentalmente la ligadura de la vena esplénica a nivel de la confluencia con la vena porta. La forma de reparación fue similar tanto en cirugía hepática como pancreática: una vez controlado el sangrado con una pinza de laparoscopia, se colocó un clan vascular en el vaso accidentado, procediendo a la sutura del mismo. En caso de la cirugía hepática, con objeto de disminuir el riesgo de embolia aérea, una vez producido el sangrado se bajó la presión de neumoperitoneo de 12 a 8 mmHg; la sutura de la vena suprahepática derecha o cava se realizó con monofilamento irreabsorbible de 4/0. En caso de la cirugía del páncreas en que se precisa la sutura de la vena esplénica o vena mesentérica superior, esta sutura se realizó con un monofilamento de 6/0.

Resultados: En todos los casos se resolvió la complicación sin conversión a laparotomía. Ninguno de los pacientes precisó transfusión intraoperatoria. En caso de la cirugía hepática, no hubo signos de embolia gaseosa ni otras alteraciones hemodinámicas. La estancia hospitalaria fue de 4 días para ambos pacientes. Con respecto a la cirugía pancreática, la paciente intervenida de pancreatectomía central presentó en el postoperatorio una hemorragia del muñón pancreático que precisó transfusión, reintervención y una estancia de 22 días. El resto de los pacientes presentaron una evolución sin incidencias y su estancia fue de 3, 3, 4 y 4 días.

Conclusiones: El cirujano debe ser consciente de que la cirugía hepatopancreática laparoscópica

conlleva riesgo de lesiones vasculares. Este riesgo es mayor en el caso de cirugías complejas, especialmente pancreatectomías distales con preservación de vasos esplénicos y resecciones hepáticas mayores. El cirujano debe estar preparado emocionalmente para mantener la calma, debe contar con la formación técnica suficiente y también tener disponible de antemano el instrumental necesario. El uso de clones vasculares es posible por vía laparoscópica, asegurando una reparación precisa y segura de posibles lesiones vasculares.