

## Artículos multimedia

# Nuestra primera hepatectomía derecha laparoscópica. El camino recorrido.

*Our first laparoscopic right hepatectomy. The way traveled.*

M.Á. Suárez-Muñoz, J. Roldán-de la Rúa, L.C. Hinojosa-Arco, Y. Eslava-Cea, E. Corrales-Valero, C. Monje-Salazar, N. Martos-Rojas, R. de Luna-Díaz.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

## RESUMEN

El abordaje laparoscópico es cada vez más frecuente para el tratamiento de lesiones hepáticas, siendo ya el habitual en muchas unidades para el tratamiento de aquéllas ubicadas en los segmentos II, III, IVB, V y VI. Sin embargo se reconoce la mayor dificultad y exigencia técnica para el caso de resecciones de segmentos posteriores y superiores (VII, VIII, IVA). La realización de nuestra primera hepatectomía derecha laparoscópica nos sirve de motivo para revisar cuáles han sido los pasos progresivos que hemos dado hasta alcanzar dicho objetivo: tratamiento de quistes simples hepáticos, resección de lesiones metastásicas localizadas en ambos lóbulos hepáticos, seccionectomía lateral izquierda como técnica habitual para las lesiones localizadas en

los segmentos II-III y como hecho fundamental el abordaje de lesiones localizadas en los segmentos VI-VII y VII por la necesidad de coordinar posición del paciente, colocación de trócares, movilización del lóbulo hepático derecho y disección en relación con estructuras vasculares mayores tales como la vena cava inferior y la vena suprahepática derecha.

**Palabras clave:** cirugía hepática, resección hepática, cirugía hepática laparoscópica, hepatectomía derecha laparoscópica.

## ABSTRACT

Laparoscopic approach is increasingly chosen as the method for surgical treatment of liver lesions, being usual in many units for treatment of those located in segments II, III, IVB, V and VI. However, it is recognized greatest difficulty and technical requirement for resections of posterior and superior segments (VII, VIII, IVA). The realization of our first laparoscopic right hepatectomy serves as a reason to review what have been the progressive steps we have taken to reach this goal: treatment of simple hepatic cysts, resection of metastatic lesions located in both lobes hepatic, left lateral

### CORRESPONDENCIA

Miguel Ángel Suárez Muñoz  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria  
29010 Málaga  
[masuarez59@gmail.com](mailto:masuarez59@gmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Suárez Muñoz MÁ, Roldán de la Rúa J, Hinojosa Arco LC, Eslava Cea Y, Corrales Valero E, Monje Salazar C, Martos Rojas N, de Luna Díaz R. Nuestra primera hepatectomía derecha laparoscópica. El camino recorrido. Cir Andal. 2018;29(3):285-286

sectionectomy as usual technique for lesions located in the II-III segments and as fundamental fact the approach of lesions located in segments VI-VII and VII due to the need for coordinating patient position, placement of trocars, mobilization of the right hepatic lobe and dissection in relationship with major vascular structures such as the inferior vena cava and right hepatic vein.

**Keywords:** liver surgery, hepatic resection, laparoscopic hepatic surgery, laparoscopic right hepatectomy.

## CASO CLÍNICO

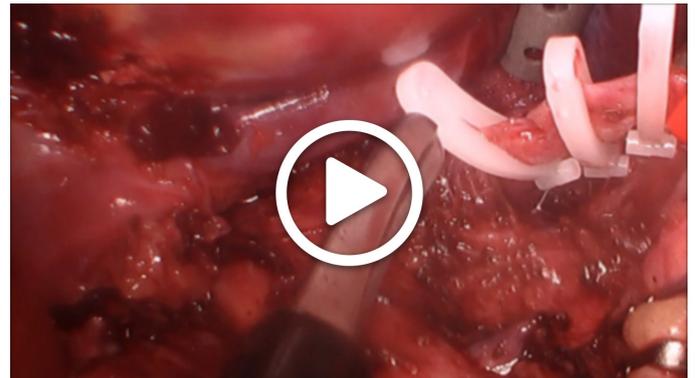
En la primera parte del vídeo presentamos algunos casos y técnicas con los que hemos ido desarrollando e implementando progresivamente en nuestra unidad el empleo del abordaje laparoscópico en cirugía hepática: destechamiento de quistes simples, resecciones limitadas, seccionectomía lateral izquierda y como paso previo a la hepatectomía derecha el tratamiento de lesiones localizadas en el segmento VII, incluyendo la seccionectomía posterior derecha.

Posteriormente mostramos el caso en que realizamos la hepatectomía derecha, correspondiente a una paciente de 22 años de edad con una masa de 70 mm de diámetro mayor localizada en lóbulo hepático derecho, en relación con la bifurcación de la vena porta derecha, en la que los estudios diagnósticos no pudieron filiar de forma precisa su etiología y hacían sospechar malignidad (aumento de actividad metabólica en CT-PET). La paciente fue colocada en posición francesa, con elevación del hemitórax derecho en torno a 30º, y se colocaron cinco trócares en total. Los pasos seguidos fueron: 1) movilización del lóbulo derecho, 2) identificación de vena hepática derecha a nivel suprahepático, 3) sección de arteria y conducto císticos, 4) disección y clipaje de arteria hepática derecha, 5) disección y clipaje de vena porta derecha, 6) inicio de la transección hepática a nivel de la línea de demarcación isquémica, 7) disección intraparenquimatosa de vía biliar derecha con sección de la misma mediante aplicación de grapadora con carga vascular, 8) sección del lóbulo caudado y progresión de la sección parenquimatosa a nivel de cara anterior de vena cava inferior, 9) sección con grapadora vascular de la vena hepática derecha, 10) extracción de la pieza en bolsa a través de incisión sobre cicatriz de laparotomía media infraumbilical por cirugía previa (resección de teratoma pélvico), 11) revisión de hemostasia y bilistasia, 12) colocación de drenaje de Blake nº 15 subfrénico derecho y extracción controlada de los trócares. El tiempo quirúrgico fue de 420 minutos, las pérdidas hemáticas aproximadas 400 ml, sin necesidad de transfusión y la estancia hospitalaria fue de cinco días, sin presentar incidencias de mención. El diagnóstico patológico definitivo fue de adenoma esteatósico.

## DISCUSIÓN

La hepatectomía derecha laparoscópica es un procedimiento complejo y exigente desde el punto de vista técnico. Es un hecho documentado que el número de resecciones hepáticas por vía laparoscópica ha aumentado de manera muy significativa en los últimos cinco años<sup>1</sup>, sustentado, entre otros aspectos a tener en cuenta, en una disminución de las complicaciones postoperatorias<sup>2</sup>. Como en

otros procedimientos quirúrgicos, es recomendable seguir una sistematización en los pasos a seguir durante esta intervención<sup>3</sup> entre los cuales siempre ha de estar la colocación de una cinta en torno al hilio hepático para poder realizar una maniobra de Pringle en caso de estimarse necesario. Pensamos que en el momento actual este tipo de resecciones hepáticas mayores han de afrontarse en equipos quirúrgicos con experiencia en cirugía de resección hepática compleja vía laparotómica, lo que asegura un adecuado conocimiento de la anatomía hepática, experiencia en la valoración de las técnicas de imagen preoperatorias (TC, RM, escintigrafía, procedimientos de radiología vascular, etc.) y un adecuado soporte hospitalario en cuanto a anestesiología, cuidados intensivos postquirúrgicos, o radiología intervencionista que aseguren el adecuado tratamiento de las complicaciones postoperatorias que puedan acontecer. Con respecto a cuándo llegar a plantearse una resección del tipo de la hepatectomía derecha, en nuestra unidad seguimos las orientaciones recogidas en los criterios de Iwate<sup>4</sup> en cuanto a la dificultad progresivamente creciente de los pacientes que íbamos interviniendo por vía laparoscópica lo que nos ha permitido una progresión pausada y segura, y pa este último aspecto es fundamental una muy cuidadosa selección de pacientes. Finalmente, compartir una realidad: en el año 2017, en nuestra unidad el 70% de las resecciones hepáticas ya han sido realizadas por vía laparoscópica.



[Acceder al vídeo](#)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ciria R, Cherqui D, Geller DA, Briceno J, Wakabayashi G. Comparative Short-term Benefits of Laparoscopic Liver Resection: 9000 Cases and Climbing. *Ann Surg.* 2016; 263: 761–777.
2. Fuks D, Cauchy F, Ftéliche S, Nomi T, Schwarz L, Dokmak S et al. Laparoscopy Decreases Pulmonary Complications in Patients Undergoing Major Liver Resection. A Propensity Score Analysis. *Ann Surg.* 2016; 263: 353–361.
3. Choi SH, Choi GH, Han DH, Kwon SW, Choi JS. Laparoscopic Right Hepatectomy: Toward Protocolization and Simplification. *Ann Surg Oncol.* 2017; 24:554–555.
4. Ban D, Tanabe M, Ito H, Otsuka Y, Nitta H, Abe Y et al. A novel difficulty scoring system for laparoscopic liver resection. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2014; 21:745–753.