



Hepatectomías por vía laparoscópica

D. Fuks, H. Tranchart, B. Gayet

El desarrollo de la cirugía hepática laparoscópica ha sido más lento que el de otros campos de la cirugía laparoscópica, debido a una importante curva de aprendizaje y al temor a hemorragias de difícil control o a embolia gaseosa. No obstante, las hepatectomías por laparoscopia presentan importantes ventajas en comparación con la vía abierta. Desde la aparición de esta técnica, se han comunicado más de 9.000 procedimientos. Las dos primeras conferencias de consenso sobre el tema mostraron la factibilidad y la seguridad de las exéresis laparoscópicas realizadas en pacientes seleccionados según el tamaño y la topografía favorables de sus lesiones (segmentos anteriores y laterales, tamaño inferior a 5 cm, a distancia del hilio y de la vena cava). Estas lesiones representan en general menos del 20% de las indicaciones de hepatectomía. Se trata con más frecuencia de resecciones limitadas (menos de tres segmentos), aunque también se pueden realizar hepatectomías mayores. La lobectomía izquierda es la más reproducible de las resecciones hepáticas laparoscópicas. Sus ventajas son las de toda cirugía laparoscópica (preservación parietal y vuelta más precoz a las actividades previas), una reducción de la morbilidad en el cirrótico y la facilitación de las posibles reintervenciones (hepatectomía iterativa en el contexto del tratamiento de metástasis hepáticas o trasplante hepático por carcinoma hepatocelular). Resulta esencial insistir en tres puntos fundamentales: las indicaciones de resección, en particular para lesiones benignas, no deben modificarse por la posibilidad de una vía laparoscópica; la selección de los pacientes debe ser rigurosa; hay que asegurar la formación de los cirujanos que realicen esta técnica, ya que es necesaria una doble maestría en cirugía hepática por vía abierta y en cirugía laparoscópica.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Resección hepática; Hepatectomía; Laparoscopia;
Cirugía mínimamente invasiva; Tumores primitivos y secundarios del hígado

Plan

■ Introducción	2	■ Técnica quirúrgica	7
Situación de la cirugía laparoscópica del hígado en Francia	2	Instrumentación	7
Ventajas y límites de la vía laparoscópica	2	Exploración preoperatoria y preparación para la hepatectomía	7
Terminología y definiciones	3	Pinzamiento vascular	7
Evaluación de la dificultad	3	Técnica de transección parenquimatosa	7
■ Indicaciones y resultados	3	Extracción de la pieza y fin del procedimiento	8
Indicaciones	3	Indicaciones de conversión	8
Resultados	4	Cuidados postoperatorios	9
■ Preparación del paciente	5	■ Diferentes hepatectomías	9
■ Colocación del paciente y posicionamiento de los trocares	5	Hepatectomía menor	9
Colocación del paciente	5	Hepatectomía mayor	9
Colocación de los trocares	6	■ Conclusión	11

■ Introducción

Inicialmente, la vía laparoscópica para el hígado permitía la realización de biopsias hepáticas. Posteriormente, en 1991, se realizó la fenestración de un quiste hepático. Tras una primera resección hepática atípica realizada por Gagner en 1992, Azagra et al realizaron la primera resección hepática anatómica en 1996 [1]. Desde la aparición de esta técnica, se han comunicado más de 3.000 procedimientos [2]. Las experiencias iniciales consistían sobre todo en lesiones benignas [3], aunque se han comunicado series de más de 100 resecciones por tumores malignos [4]. Las resecciones anatómicas involucraban inicialmente al hígado izquierdo (segmentos II, III y IV) y a los segmentos V y VI del hígado derecho (segmentos anterior y lateral del hígado). La lobectomía izquierda parecía ser la más adaptada a la resección laparoscópica, debido al reducido grosor hepático, a la posibilidad de resección sin disección hiliar y a la facilidad para seccionar la vena hepática izquierda y los pedículos portales de los segmentos II y III mediante grapado mecánico. A la inversa, la hepatectomía derecha parecía la de más difícil realización. Posteriormente, se comenzaron a realizar todos los tipos de resecciones (segmentectomías, hepatectomías mayores, izquierdas y derechas, ampliadas, centrales) [5] así como extracciones de lóbulos hepáticos izquierdos en donantes vivos en el contexto del trasplante hepático. Actualmente, la cirugía hepática laparoscópica concierne sobre todo a resecciones limitadas que afectan a los segmentos periféricos. Se realizan pocas resecciones amplias y complejas, debido a su importante complejidad técnica [6].

Situación de la cirugía laparoscópica del hígado en Francia [7]

Se dispone de pocos datos sobre la cirugía hepática laparoscópica aparte de los resultados publicados por los centros especializados. El grado de adopción de la cirugía laparoscópica a escala nacional en Francia en el momento actual es, por lo tanto, poco claro. En Francia, un estudio reciente basado en la codificación de las intervenciones quirúrgicas (programa de medicalización de los sistemas de información [PMSI]) censó un total de 44.240 resecciones hepáticas en 6 años (2007 a 2012). De ellas, 5.004 procedimientos correspondían probablemente a simples biopsias codificadas como resecciones atípicas. Entre las 39.236 «verdaderas» resecciones, el 14,1% se realizaron por vía laparoscópica. Este porcentaje aumentó entre 2007 y 2010 para posteriormente permanecer relativamente constante entre 2010 y 2012. La mayoría de las resecciones laparoscópicas eran tumorectomías simples (el 72,8% en comparación con el 30,7% por vía abierta), y esta proporción se mantuvo relativamente constante. El número anual de hepatectomías mayores (más de tres segmentos resecados) por vía abierta aumentó de 2007 a 2012, el de resecciones mayores por laparoscopia se mantuvo constante. La proporción de resecciones múltiples o intermedias (tumorectomías múltiples, unisegmentectomía o bisegmentectomía) realizadas por laparoscopia fue del 13,3%, y este porcentaje no ha aumentado desde 2010. No obstante, uno de los límites del estudio de los datos del PMSI se relaciona con el hecho de que algunas de estas intervenciones por vía laparoscópica no existen en el sistema actual de codificación de los actos. Éste es el caso, por ejemplo, de la hepatectomía derecha.

En conclusión, la adopción de la laparoscopia en la cirugía hepática no supera el 20%, a escala del número de pacientes o del número de centros. Estos datos sugieren que esta técnica aún es utilizada únicamente por los cirujanos expertos o implicados precozmente en su innovación y desarrollo.

Ventajas y límites de la vía laparoscópica

No se dispone de ningún ensayo clínico aleatorizado que permita distinguir claramente las ventajas y los límites de la vía laparoscópica en comparación con la vía clásica. Sin embargo, diversas revisiones de la literatura han mostrado que las potenciales ventajas del uso de la laparoscopia para las hepatectomías corresponden a las ventajas «clásicas» de esta vía de acceso: disminución del dolor postoperatorio (reducción del número de días y de la cantidad de analgésicos administrados [8]), retorno más precoz del tránsito intestinal, disminución de las complicaciones respiratorias [9] y parietales, mejora de la calidad de vida y disminución de la duración de hospitalización [10-12]. Así, la vuelta precoz a las actividades y la disminución de la duración de hospitalización podrían permitir al paciente acceder más precozmente a una posible quimioterapia adyuvante (a pesar de que este elemento aún no se ha demostrado como útil tras hepatectomía). En los pacientes cirróticos, la vía laparoscópica parece disminuir la aparición de ascitis postoperatoria. Esta complicación clásica de las resecciones hepáticas en los cirróticos está directamente relacionada con el grado de hipertensión portal preoperatoria. Las posibles explicaciones son la preservación de la circulación colateral parietal al respetar la musculatura de la pared abdominal, la menor movilización peroperatoria del hígado, el respeto de las derivaciones linfáticas y una hemorragia venosa menos importante relacionada en parte con el neumoperitoneo.

Históricamente, los principales frenos a la difusión de la laparoscopia en cirugía hepática fueron, aparte de la complejidad técnica de las cirugías y la falta de una instrumentación adecuada, el riesgo de embolia gaseosa ligado al neumoperitoneo, la dificultad de la localización de las lesiones intraparenquimatosas y las dificultades para la realización de la hemostasia.

El desarrollo de nuevas técnicas y nuevos instrumentos ha permitido la evolución progresiva de las técnicas de hepatectomía por laparoscopia.

Al modificar el acceso al hígado, la vía laparoscópica permite visualizar más fácilmente las estructuras posteriores, a diferencia de la laparotomía. Sin embargo, algunos gestos elementales de la cirugía hepática por vía abierta como la palpación y la movilización del hígado, el control vascular y la transección parenquimatosa pueden presentar cierta dificultad al inicio de la experiencia. El estudio de Viganò et al [13] mostró que existía una curva de aprendizaje para una resección hepática por vía laparoscópica con un umbral después de 60 casos. El trabajo del Institut Mutualiste de Montsouris mostró que la duración de la intervención disminuía significativamente tras 45 resecciones hepáticas mayores por laparoscopia [14].

Por ejemplo, las pinzas de presión laparoscópicas permiten una sensación táctil que es limitada. Según algunos equipos, la ecografía peroperatoria puede compensar la falta de palpación. En cirugía hepática se realiza sistemáticamente la ecografía peroperatoria para la búsqueda de nuevas lesiones, y en laparoscopia también es importante para guiar el procedimiento quirúrgico. Un reciente estudio comparativo mostró que la sensibilidad y la especificidad de la ecografía peroperatoria por laparoscopia y laparotomía eran equivalentes [15].

Al inicio del desarrollo de esta técnica, los cirujanos estaban preocupados por el riesgo de embolia gaseosa. Cuando se realiza una anestesia con una presión venosa central (PVC) baja durante una hepatectomía laparoscópica, existe un riesgo teórico aumentado de embolia por dióxido de carbono (CO₂) a una presión de insuflación superior a la de la PVC, produciendo un gradiente de presión en dirección de la circulación venosa. Se ha demostrado que durante las hepatectomías laparoscópicas existe un paso frecuente de émbolos de CO₂ [16]. Sin embargo, estos émbolos no tienen una repercusión clínica

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725519>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725519>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)