



JUEVES 26 DE NOVIEMBRE

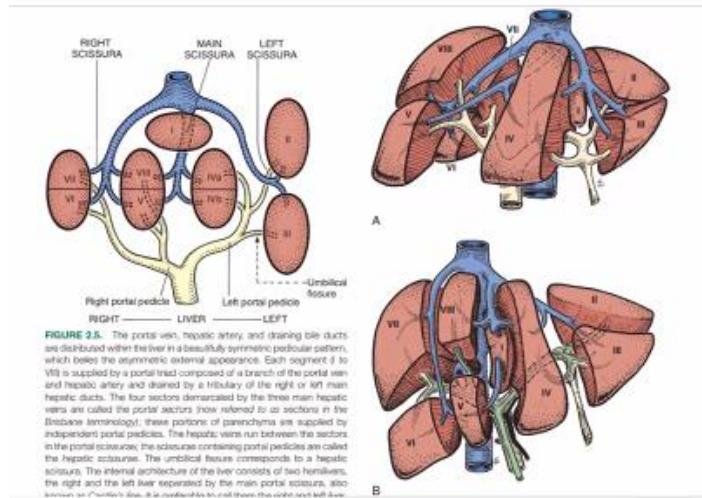


ANA ROBLES

Actividades

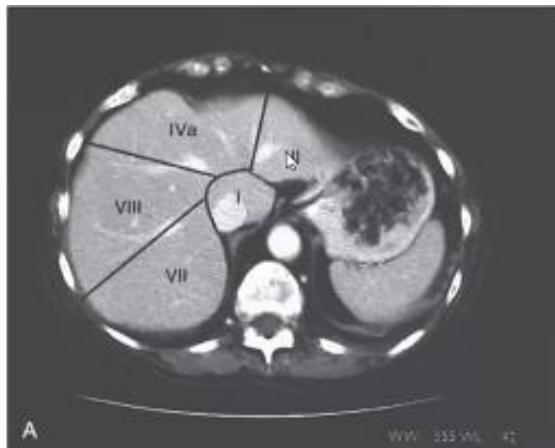
Cirugía hepática y trasplante hepático

Dr. Lizka Richards



Anatomía vascular

Es la parte más importante. Todo el pedículo glisoneano se divide igual, arteria, vena porta y conducto biliar.



Estos segmentos están en el domo del hígado. A nivel de la vena hepática



A nivel de la porta hepática



A nivel del hilio

Clasificación de Brisbane

Si quitamos los segmentos anteriores, la parte que está hacia las costillas.

TABLE 2.1 Brisbane Terminology of Liver Anatomy and Resections

Anatomic Term	Couinaud Segments	Surgical Resection
Right hemiliver/ right liver	5-8	Right hepatectomy
Left hemiliver/left liver	2-4	Left hepatectomy
Right anterior section	5, 8	Right anterior sectionectomy
Right posterior section	6, 7	Right posterior sectionectomy
Left medial section	4	Left medial sectionectomy or Resection of segment 4
Left lateral section	2, 3	Left lateral sectionectomy or Bisectionectomy 2, 3
	4, 5, 6, 7, 8	Right trisectionectomy or Extended right hepatectomy
	2, 3, 4, 5, 8	Left trisectionectomy or Extended left hepatectomy

Consideraciones preoperatorias

Antes se decía que para hacer una resección parcial había que tener dos segmentos continuos con la misma entrada y salida de flujo, pero realmente eso cambia.

I. Desarrollo de técnicas que permiten resecciones mas extensas (EVP, Hipertrofia del hígado remanente, partición ligadura portal y cirugía en dos tiempos. Cirugía conservadora de parénquima no anatómicas)

Importante que el hígado residual sea funcional según la condición del paciente

II. Pacientes con tumores que reciben Qtx. O pacientes con enfermedad hepática crónica son expuestos de modo innecesario a una falla hepática post resección por ese concepto antiguo. Por lo tanto, saber la función hepática del hígado residual y la cantidad es crucial

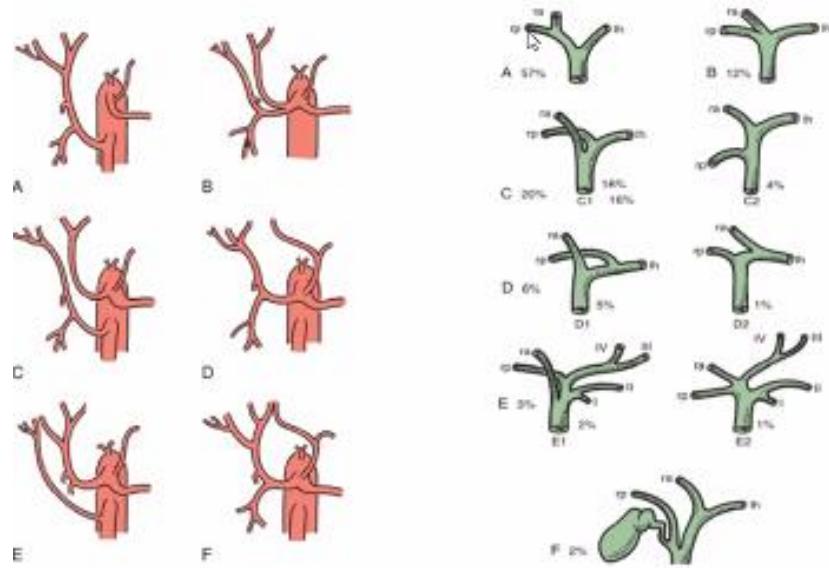
El Gold Estándar es mantener la mayor cantidad de hígado residual dependiendo de la condición del paciente.

Resecciones hepáticas

Se mide por volumetría. Es decir que mida la cantidad que se quita después de la resección.

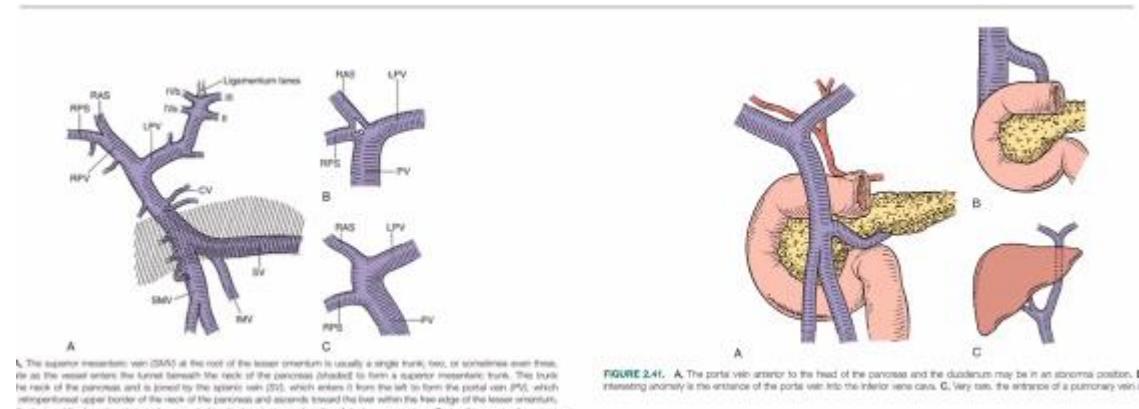
- ⊕ Para hígado sano: 20 – 30%.
- ⊕ Hígado post quimioterapia: mayor a 30%
- ⊕ Hígado de enfermedad funcional: mayor a 40%.

Variantes anatómicas arteriales y biliares



A veces las resecciones se hacen en bloque, pero estas variantes pueden complicar eso.

Variantes venosas



Procedimiento

Explante: Retirar el órgano del donante

Cirugía de banco: se prepara el hígado para poder implantar.



Hepatéctomía e implante



Casos clínicos



Quiste Hepático

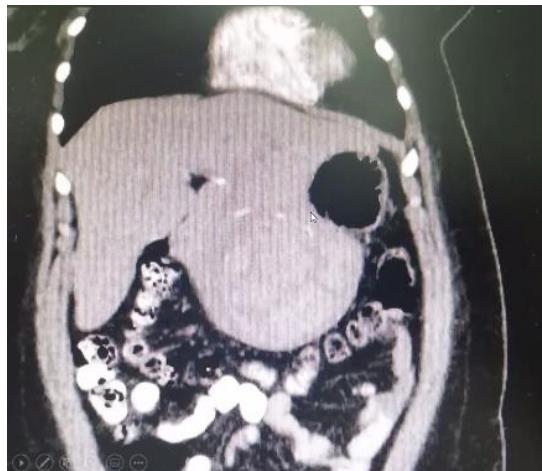
Este quiste está en qué segmento? 4to segmento

Se ve la porta hepática.

El manejo consiste en destechamiento por laparoscopia

En este caso hay que eliminar el quiste porque la paciente presenta ictericia obstructiva. Es decir que tiene clínica para ser eliminado.

Se realiza un destechamiento laparoscópico y se retira para que no vuelva a llenarse.



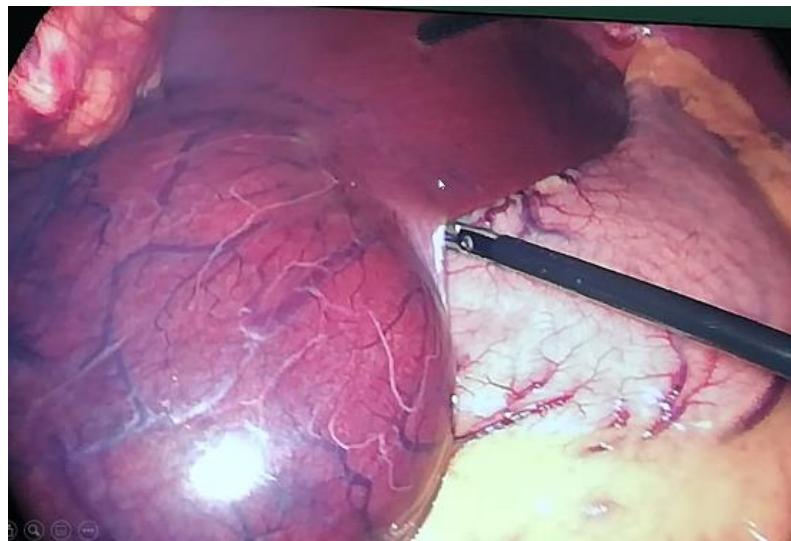
Adenoma hepático

Paciente femenina

Tiene indicación de cirugía cuando es masa mayor a 5cm, por riesgo de malignización.

Por su tamaño y localización (cerca del estómago) puede comprimir el estómago.

Consideraciones: está en el borde del segmento 3 (no hay estructuras vitales en esta zona), paciente obesa, se decidió hacerlo por vía laparoscópica.



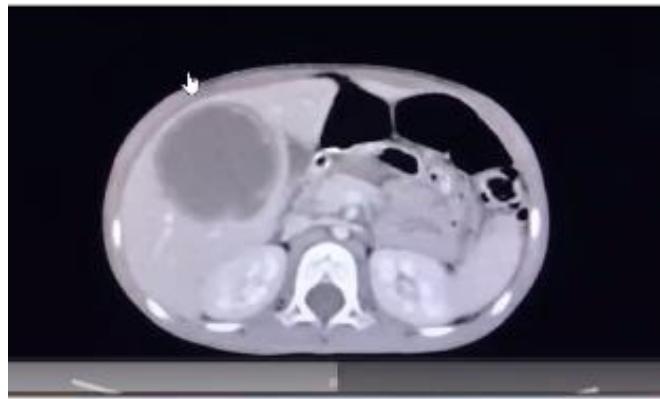
Se delimitó el área que se cortó.

Después se empezó a transectar. De la superficie del parénquima al tumor hay dos cm sanos. Que permiten hacer la resección.

Para sacar la pieza se tiene que hacer una pequeña incisión Pfannestiel debido al tamaño de la pieza.

Caso clínico 3

Paciente femenina de 3 años acude a cuarto de urgencias por dolor abdominal. Al examen físico por cirugía general se evidencia aumento de volumen del hígado. Se procede a realizar CAT evidenciando gran masa sólida que ocupa el LHD segmentos 5,6,8. se evidencia un hepatoblastoma por lo que inicia quimioterapia. Luego de 3 ciclos se consulta a Cirugía HPB para manejo definitivo por respuesta favorable.



Masa grande intraparenquimatoso cerca de los vasos hepáticos.

Se prolongó la cirugía un mes más para que ganara peso, ya que es importante la buena hemoglobina y nutrición para recuperación del paciente.

Cirugía de colon

Dr Edgardo Arcia

Tiene alta estancia hospitalaria con alta mortalidad, y altos costos.

Caso clínico

- F, 60 años
- Historia:
 - Acude a Cuarto de Urgencias con dolor abdominal en fosa ilíaca derecha constante, tipo cólico de 1 día de evolución, asociado a 1 semana con dificultad para evacuar.
 - Paciente atribuía esto a uso de Fe oral
- **¿QUÉ MÁS PREGUNTARÍAN?**

- ⊕ ¿Por qué está tomando hierro oral? Tx de anemia endocrinológica
- ⊕ ¿Con qué frecuencia va normalmente?
- ⊕ ¿Antecedentes de cirugías? Tres cesáreas previas y apendicectomía
- ⊕ ¿Antecedentes personales patológicos? Es diabética de novo e hipertensa
- ⊕ ¿Antecedentes familiares? Hermana con pólipos antes de los 60 años.
- ⊕ ¿Cuáles son las características de las evacuaciones?
- ⊕ ¿Se le han realizado alguna colonoscopía?

Examen físico

¿Qué se buscaría?

- ⊕ Signos vitales: no tenía fiebre, estaba hipertensa, fc normal.
- ⊕ Apariencia general: si está hidratada, si hay palidez, si tiene fascie dolorosa. Escleras y tegumentos pálidos.
- ⊕ Auscultación cardiopulmonar normal
- ⊕ Abdomen:
 - Inspección: si está distendido, las cicatrices de las cirugías, masas.
 - Auscultación: ruidos hidroaéreos, si son normales, aumentados o ausentes.
 - Percusión: matidez o timpanismo. Timpanismo en la masa.
 - Palpación: se empieza por el cuadrante que MENOS le duele. Se evalúa cada cuadrante. Se busca dolor primero, masas, adenopatías. Tenía una masa palpable en la fosa ilíaca derecha con dolor a la palpación.

- ▣ Tacto rectal: hemorroides internas grado II, leve hiperemia, sin olor, esfínter anal hipotónico. No había masa palpable al tacto.

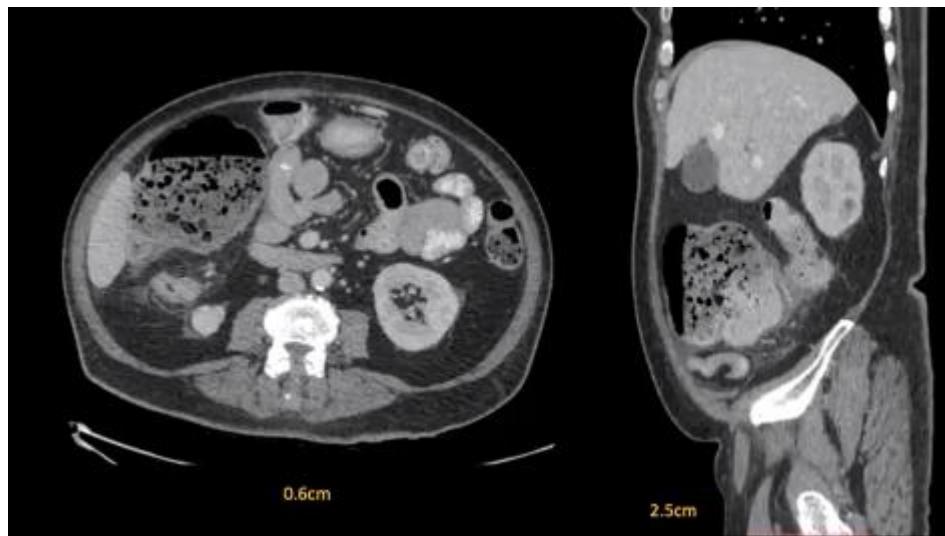
Estudios

- ▣ Hemograma completo
- ▣ Química sanguínea: electrolitos, pruebas de función renal.
- ▣ Serie de abdomen agudo: decúbito supino, abdomen de pie, pa de tórax.

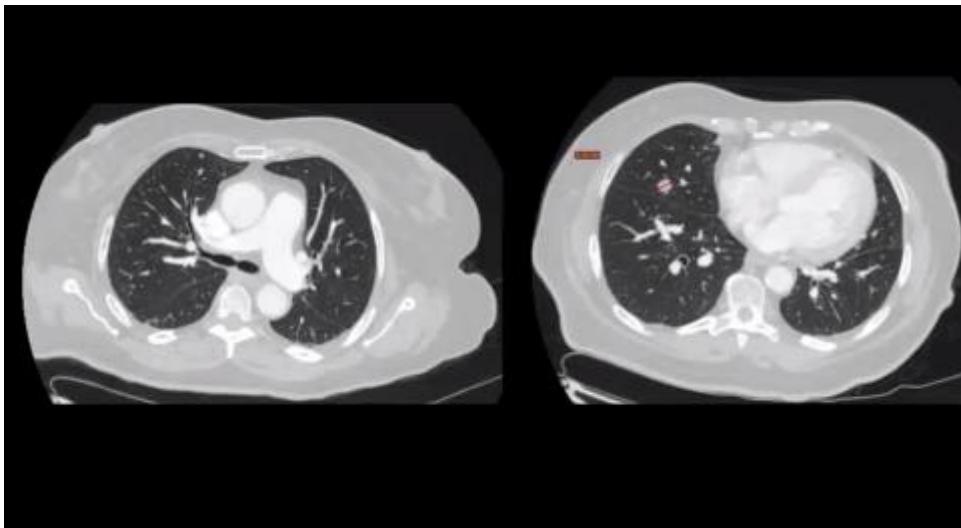
- ¿QUÉ ESTUDIOS SOLICITARIAZ?

- Hb 7.4g/dL; Leucocitos y Neutrófilos normales
- Glucosa Normal
- Urinálisis Normal
- Sangre oculta negativa
- Albúmina 3.36 g/dL
- Creatinina normal
- Electrolitos normales

La albúmina indicada para saber estado nutricional del paciente.



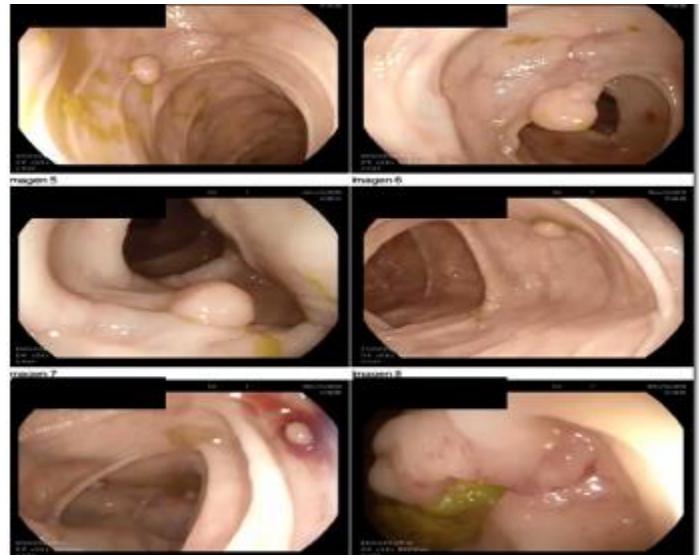
La masa era subocclusiva por eso había aire a nivel del ciego.



Metástasis pulmonares, dos en el pulmón derecho y una en el izquierdo.

Se le realiza una colonoscopía y se ven múltiples pólipos y una masa en sigmoides y otra en el colon ascendente (en la unión colon ascendente – ciego).

Adenocarcinoma bien diferenciado en el colon ascendente.



Qué estudio hace falta?

Marcadores tumorales ACE y CA19-9

El antígeno carcinoembrionario elevado, esto indica metástasis, y permite evaluar pronóstico. Mayor de 5 ya está alterado.

Se inicia protocolo ERAS → para preparar a la paciente. El manejo es interdisciplinario.

- Criterios de egreso hospitalario predefinidos:
 - Tolerancia a la ingesta oral
 - Recuperación de la función GI inferior
 - Control del dolor con analgesia oral
 - Capacidad de movilización
 - Capacidad del autocuidado
 - Sin evidencia de complicaciones o problemas médicos no tratados
 - Adecuado apoyo en casa.
 - Voluntad del paciente del alta.

Tratamiento

Tipo de colectomías:

Dependen de la irrigación del segmento.

Un cáncer en el ciego hay que ligar la arteria ileocólica y cólica derecha. Si es ascendente, lo mismo y otra, eso es una hemicolectomía derecha. La derecha extendida es toda la cólica derecha y la ileocólica y toda la cólica media, se deja el transverso distal.

La hemicolectomía izquierda se lleva cólica izquierda y la rama izquierda de la cólica media. La hemicolectomía izquierda se deja todo el transverso distal.

Fase intraoperatoria:

Se le ofrece a la paciente:

- Manejo de dolor
- Medidas de prevención ISO. Se le antibióticos. Ertapenem es el mejor
- Profilaxis antiemética
- Hidratación iv no excesiva (ya que eso trae edema).
- Abordaje experto.
- Evitar drenajes o tubos rutinarios.

Qué órdenes consideran dar en sus postop?

- Primera orden: hacia dónde va el paciente.
- Segunda orden: si va a comer o no. NXB el día siguiente. Si es nada por boca tiene que tener una venoclisis.
- Oxígeno suplementario las primeras horas (todos los pacientes). Se le ordena cánula de oxígeno.
- Profilaxis antibióticos hasta el día siguiente.

- Analgésicos, paracetamol y aines. Se le puede dejar algún segundo aines de rescate.

Qué es importante realizar en el postop?

- Si es temprana la cirugía 8-9 horas después pueden darle comida al paciente.
- Descontinuar venoclisis si tolera la dieta.
- Deambulación temprana para incentivar el peristaltismo.

Qué profilaxis de complicaciones debemos ofrecer?

- Complicaciones del primer día puede ser: que causa fiebre en el primer día atelectasias. Se previene con ejercicios respiratorios.
- Compresión neumática, para evitar TVP.
- Heparina de bajo peso molecular, profilaxis medicamentosa.

Fase post op

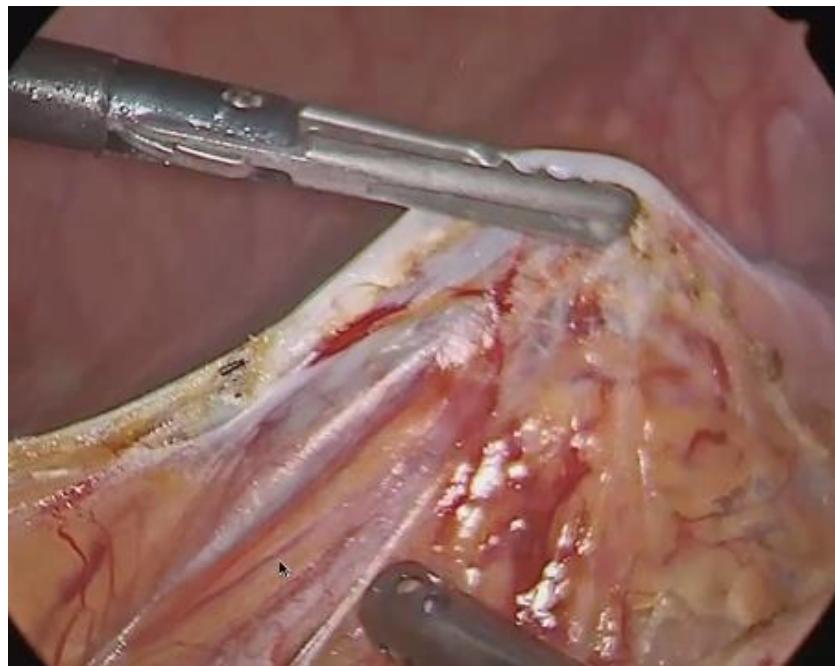
- Manejo del dolor
- Movilización temprana
- Dieta temprana
- Masticar chicle
- Alvimopan en cirugía (en Panamá no hay)
- Retiro temprano de hidratación intravenosa
- Retiro temprano de sonda urinaria (si no involucró recto, se hace a las horas)

Caso clínico 2

- F, 48 años; AHF= CA Mama
- APP= N. Intersticial; AQx= Cesáreas
- 4 meses sangrado rectal
- Colonoscopía= Adenocarcinoma Sigmodes, Displasia Alto Grado Colon Ascendente, Múltiples Pólips Alto riesgo en todo el colon.
- Estudios de estadaje
- Discusión Caso Sesión Oncológica
- CIRUGÍA COLECTOMIA TOTAL (PARAMETROS DE PROTOCOLO ERAS= 4 días PO)

- F, 83 años
- Adenocarcinoma de Sigmoides
- APP= HTA, DM, Demencia Senil Leve
- Se prehabilita para Sigmoidectomía Laparoscópica con Anastomosis
- Módulo proteína líquida con Arginina, Zn, Vitamina C
- Evaluación Psiquiatría, Cardiología, Neumología, Endocrinología, Anestesiología, Nutrición.
- 4 días Postoperatorio.

CASO 5



- F, 33 años; AHF= NO; Paridad satisfecha
- APP= CUCI desde hace 8 años
- Referida por Gastroenterología por refractariedad a Biológicos
- CUCI activo severo con dosis altas de esteroides= Cirugía urgencia
 - Colectomía Total Laparoscópica + Ileostomía Terminal + Cierre Muñón Rectal con engrapadora.
 - COMPLICACION= Colecciones abdominales al 4to día por leak muñón rectal.
 - 2da cirugía= Laparotomía + Cierre Muñón Rectal + Tubo rectal
 - Evolución 7 días satisfactoria.