

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.



Colecistectomía Laparoscópica Díficil en Paciente con Poliquistosis Hepática

Gómez-Torres GA, Rodríguez-Navarro FM, Torres-González MC,
López-Lizárraga CR, Bonnet-Lemus FM, Gomar-González JC

Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca



CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018 BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



Colecistectomía Laparoscópica Díficil en Paciente con Poliquistosis Hepática



Introducción

La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para el tratamiento de colelitiasis.

Material y métodos

A pesar de la seguridad y efectividad de este procedimiento, puede presentar dificultades: al realizar el neumoperitoneo, acceder a la cavidad peritoneal, presencia de adherencias, variaciones anatómicas y al momento de extraer la vesícula biliar.

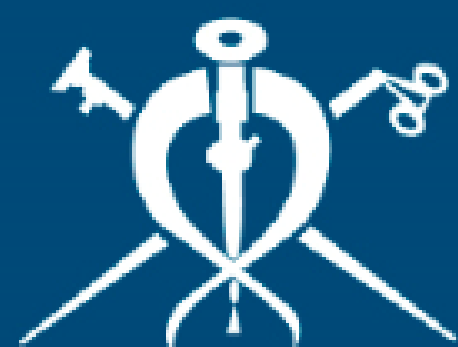
Resultados

Una variante anatómica importante en el sistema hepáto-biliar es la poliquistosis hepática, la cual se define como la presencia de múltiples quistes (>10) en el parénquima hepático.

Resultados

Conclusiones

Objetivo: Revisar los pasos de seguridad para una colecistectomía laparoscópica y presentar de un caso de colecistectomía laparoscópica difícil secundaria a una variante poco frecuente de la anatomía hepáto-biliar: poliquistosis hepática tipo 2.



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Colecistectomía Laparoscópica Díficil en Paciente con Poliquistosis Hepática



Gómez-Torres GA, Rodríguez-Navarro FM, Torres-González MC, López-Lizárraga CR, Bonnet-Lemus FM, Gomar-González JC

Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

Paciente Femenina de 50 años de edad la cual acude a consulta de cirugía general por presentar cuadros de cólico biliar de 6 meses de evolución. Niega hospitalizaciones a causa del dolor, niega ictericia y niega fiebre. Presenta ultrasonido de hígado y vías biliares en el cual se evidencia colelitiasis sin datos de colecistitis aguda, además de la presencia de múltiples quistes hepáticos y renales; motivo por el cual se decide realizar posteriormente una tomografía axial computarizada para mejor delimitación anatómica de los mismos. La paciente no presenta clínicamente, ni en los paraclínicos datos de insuficiencia hepática o renal. Por lo que se decide programación para colecistectomía laparoscópica.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



Colecistectomía Laparoscópica Díficil en Paciente con Poliquistosis Hepática



Introducción

Se inicia laparoscopia con trocar 11 mm umbilical, visualizando vesícula biliar con datos de hidrocolecisto además de múltiples quistes hepáticos. Se realiza colocación de los siguientes trocares en posición americana bajo visión directa. Se evidencian múltiples quistes hepáticos además de datos de hidrocolecisto. Se inicia tracción vesicular sin adecuada visualización por lo que se decide puncionar vesícula biliar y un quiste hepático, tras no mejorar la visión del ligamento colecistoduodenal se decide la colocación de un quinto puerto para retracción hepática el cual se coloca en línea media clavicular paraumbilical izquierdo . Se realiza disección hasta obtener visión crítica de Strasberg, se ligan y se cortan cístico y arteria cística. Se retira vesícula de lecho sin complicaciones y se extrae vesícula biliar.

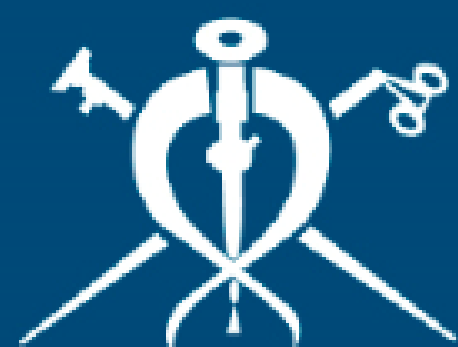
Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones





ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Colecistectomía Laparoscópica Díficil en Paciente con Poliquistosis Hepática



Gómez-Torres GA, Rodríguez-Navarro FM, Torres-González MC, López-Lizárraga CR, Bonnet-Lemus FM, Gomar-González JC

Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

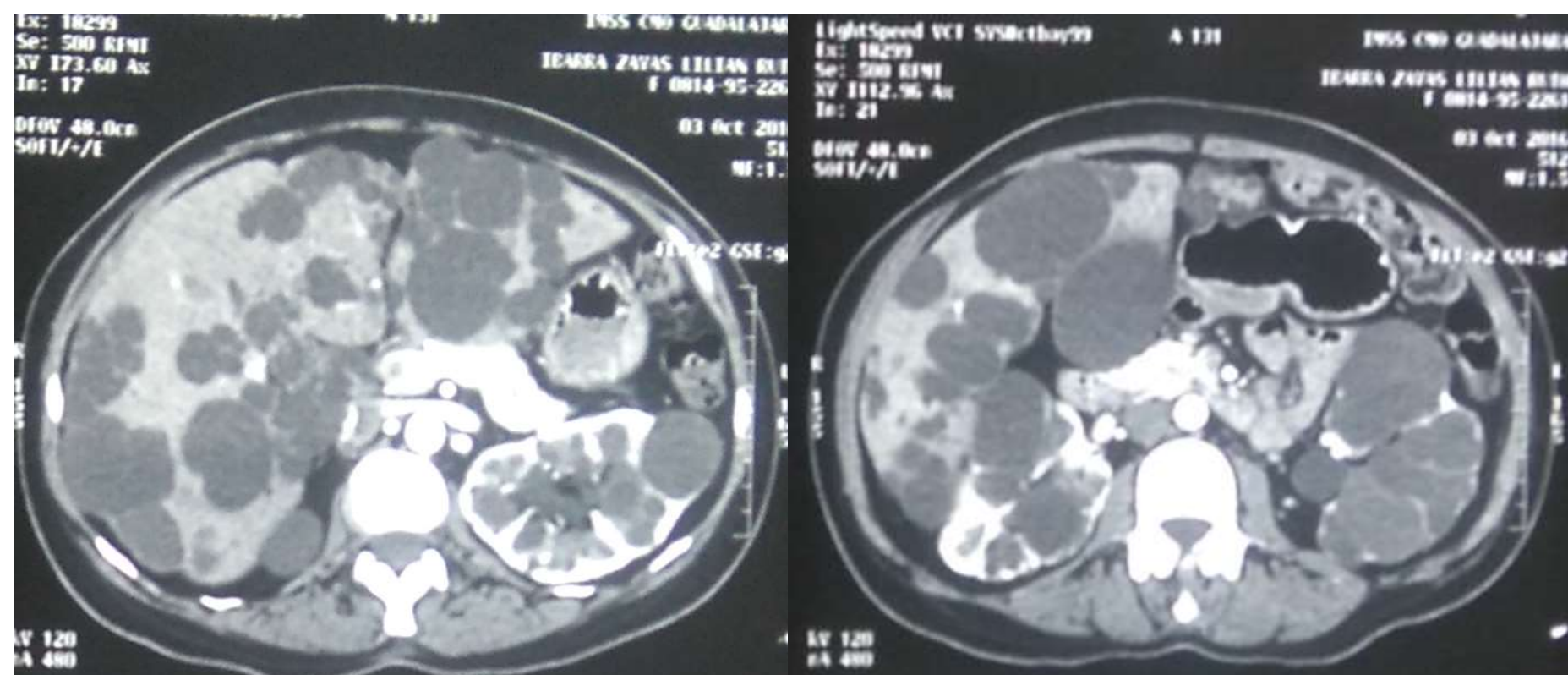
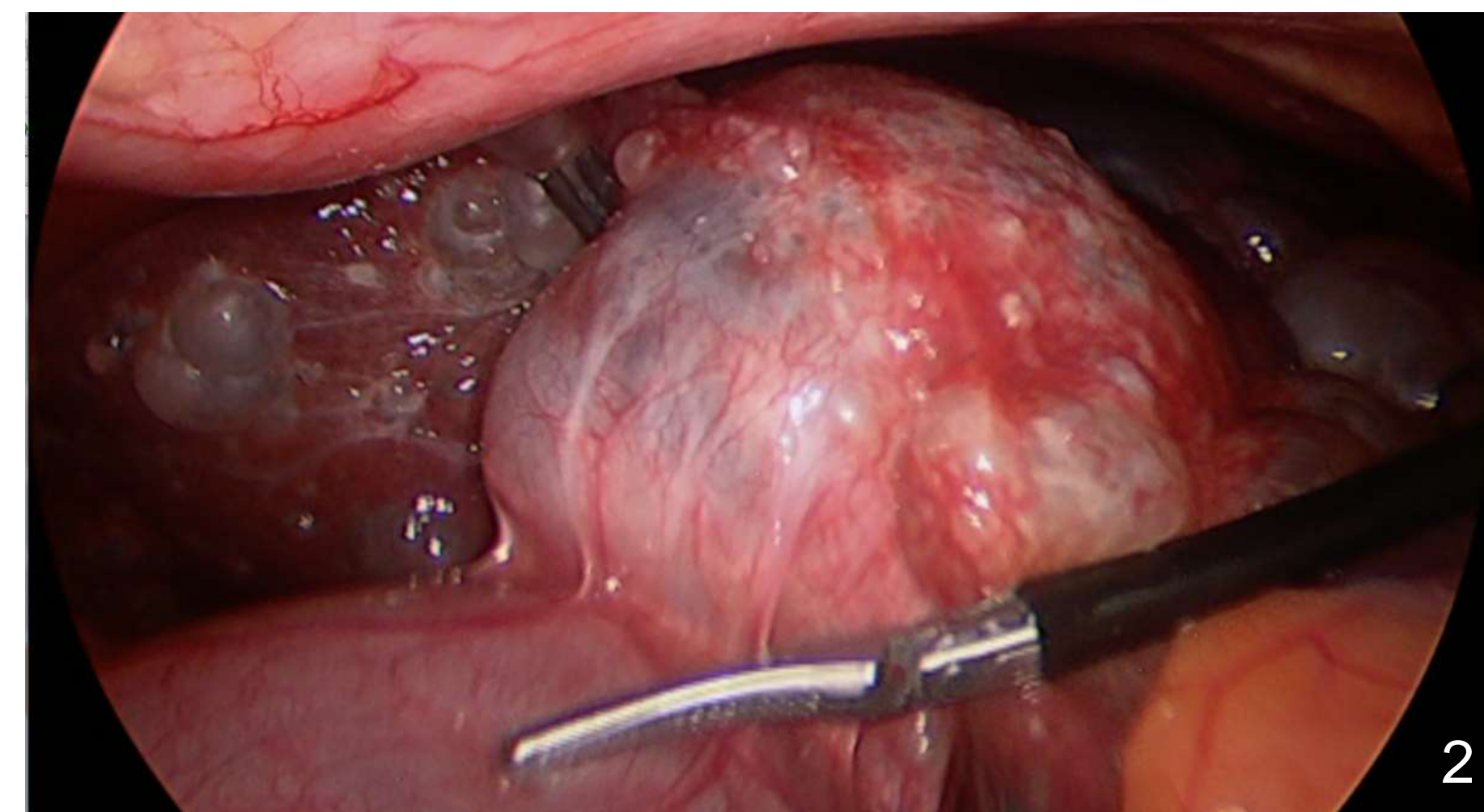
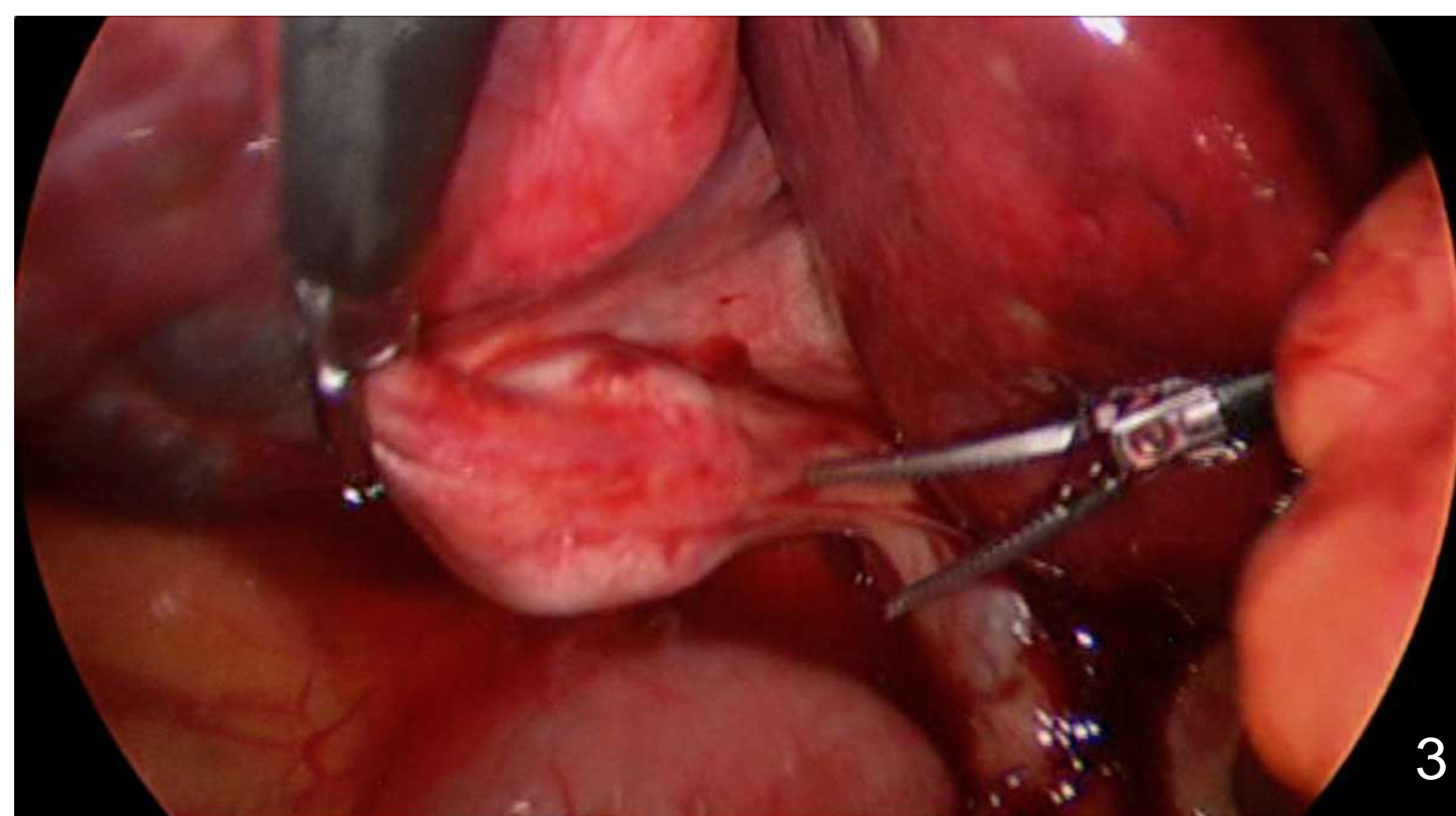


Figura 1. Tomografía Axial Computarizada en la cual se evidencia poliquistosis hepática tipo 2 y aparente hidrocolecisto.



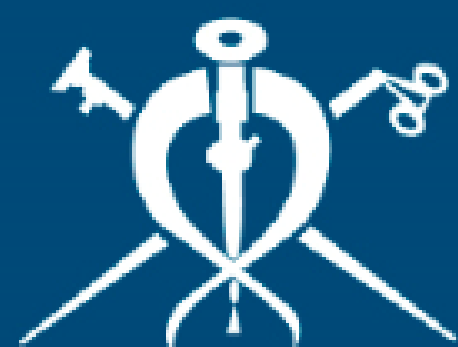
Figuras 2 y 3. Colecistectomía laparoscópica. Previa y posterior a puncion de vesícula biliar y quiste hepático.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Colecistectomía Laparoscópica Díficil en Paciente con Poliquistosis Hepática



Gómez-Torres GA, Rodríguez-Navarro FM, Torres-González MC, López-Lizárraga CR, Bonnet-Lemus FM, Gomar-González JC

Introducción

Material y métodos

En la literatura existen diversas guías que recomiendan pasos de seguridad en una colecistectomía laparoscopia, en donde la correcta decisión de conversión a cirugía abierta forma una parte esencial para evitar complicaciones trans y post-operatorias.

Resultados

Debido a los pocos reportes en la literatura no existen recomendaciones a seguir para colecistectomía en pacientes con poliquistosis hepática. Durante la colecistectomía laparoscópica de nuestra paciente la falta de visibilidad y la dificultad para realizar una disección adecuada de el triángulo de Calot nos llevo a la colocación de un quinto trocar y a la punción de uno de los quistes y de la vesícula biliar. Maniobra que creemos adecuada en caso de variantes anatómicas que impiden la visibilidad y disección por falta de tracción o separación del hígado.

Resultados

Conclusiones



CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS
DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018 BOCA DEL RÍO, VERACRUZ