

CPO021. ¿PODEMOS DISMINUIR EL DOLOR EN LA EVENTRACIÓN LAPAROSCÓPICA CON CIERRE DEL DEFECTO?

JM Suárez Grau, J Gómez Menchero, A Gila Bohórquez, J García Moreno, I Durán Ferreras, P Landra Dulanto, J Ferrufino

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto

Introducción: La reparación de la hernia ventral vía laparoscópica con cierre del defecto posee muchas virtudes que sin embargo contrastan en lo referente a la ausencia de disminución del dolor postoperatorio. Solamente han surgido avances en la disminución del dolor usando métodos de fijación atraumáticos (colocación preperitoneal con pegamentos o mallas autoadhesivas). Proponemos una nueva variación técnica basada en la introducción de catéteres de infusión de anestésico local.

Material y métodos: Realizamos estudio prospectivo, no aleatorizado, por bloques, con ciego en la revisión, entre dos grupos de pacientes sometidos a eventroplastia laparoscópica con cierre el defecto laparoscópico (hernia M2-3W2 clasificación EHS, usando cierre con V-Lock 1 y malla Dynamesh IPOM 15x20 cm y doble corona de tãckers), en los cuales tenemos un grupo objeto del estudio (n:20 rango de edad de 33-65) donde colocamos un catéter anetésico de infusión continua de ropivacaina durante 48 horas entre la propia malla y el defecto) y el grupo control (n:20 rango de edad 36-55) en los cuales no se colocó el cateter. El presente estudio se ha realizado durante Febrero del 2015 hasta Febrero del 2017. Seguimiento medio de 12 meses (6-14 meses). Análisis de factores: se han comparado los resultados entre los dos grupos de pacientes (20 controles y 20 pacientes objeto del estudio) con similares criterios de inclusión y exclusión y similares hernias reparadas de igual forma (cierre del defecto y eventroplastia laparoscópica).

Realización de medición del dolor mediante escala analógica visual (EVA), y de posibles complicaciones (tumoración, seroma, hematoma, infección) en:

- Postoperatorio inmediato.
- En la primera semana (TAC de pared abdominal).
- Al mes , 6 meses y al año.

No existió aumento del seroma postoperatorio, existiendo el mismo tipo de seroma (Tipo I-II) que en intervenciones sin uso de catéter (en exploración y control por TAC). NO existieron infecciones sin otras alteraciones (hematomas, enrojecimiento...). Existió una clara disminución del EVA postoperatorio inmediato (disminución del 50% aproximadamente en todos los casos con catéter al alta y a la semana, tras estudio estadístico con $p < 0,01$, al compararlo con el grupo control) y prácticamente ausencia del dolor en la primera revisión en consulta al mes y a los 6 meses.

Conclusiones: Todo ello parece que hace útil esta nueva variación técnica no solo en un mejor control y confort postoperatorio, sino en su aplicación de cara a régimen CMA o corta estancia. En el análisis contrastado con el grupo control hay una disminución del 50% aproximadamente del dolor en todas las revisiones precoces frente al grupo control.

XVI Congreso de la ASAC

Comunicaciones videoforum

VF001. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE OCLUSIÓN POR BRIDAS EN PACIENTE TRANSPLANTADA DE PÁNCREAS-RIÑÓN

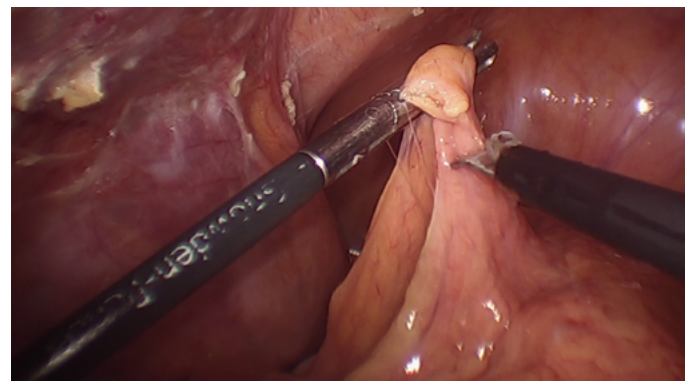
I Mirón Fernández, C Montiel Casado, P Galeano Fernández, M Pérez Reyes, I Cabrera Serna, L Romacho López, M Pitarch Martínez, D Cabañó Muñoz, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: la mayoría de las oclusiones de intestino delgado en pacientes previamente operados se producen por bridas o adherencias. Mayoritariamente una única banda que precisa sección simple de la misma para resolver el cuadro. Es por ello que la laparoscopia en estos pacientes ha de tenerse en cuenta como alternativa viable y eficaz; además de aportarles las ventajas del abordaje mínimamente invasivo, disminuye la probabilidad de nuevas adherencias consecuencia de una nueva laparotomía.

Caso clínico: mujer de 37 años, transplantada de páncreas riñón hace un año por diabetes tipo 1 y enfermedad renal crónica secundaria con necesidad de hemodiálisis. Cirugía sin incidencias con postoperatorio tórpidos en cuidados intensivos con necesidad de traqueostomía por imposibilidad de extubación. Buena evolución posterior con funcionalidad normal de ambos injertos. Ingresos con cuadro oclusivo secundario a bridas que se maneja inicialmente de forma conservadora, con sonda nasogástrica y protocolo de gastrografín. Por fracaso del mismo, se decide cirugía con abordaje laparoscópico. Se realiza disección de varias adherencias sin incidencias. Es dada de alta y seguida en consulta, sin evidencia de complicaciones y conservando la funcionalidad de los injertos.

Discusión: El abordaje laparoscópico en los pacientes transplantados es seguro y les disminuye el dolor y la estancia postoperatoria, aunque en última instancia se debe individualizar la forma de abordaje según cada caso.



VF002. ESCISIÓN LAPAROSCÓPICA DE LINFANGIOMA QUÍSTICO EN RAÍZ MESENTERICO

T Gomez Sanchez¹, J Varela Recio¹, S Cerrato Delgado¹, A Fierro Aguilar¹, S Roldan Ortiz², V Camacho Marente¹, MJ Castro Santiago¹, MD Casado Maestre¹, JM Pacheco Garcia¹

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ²Departamento Cirugía General. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

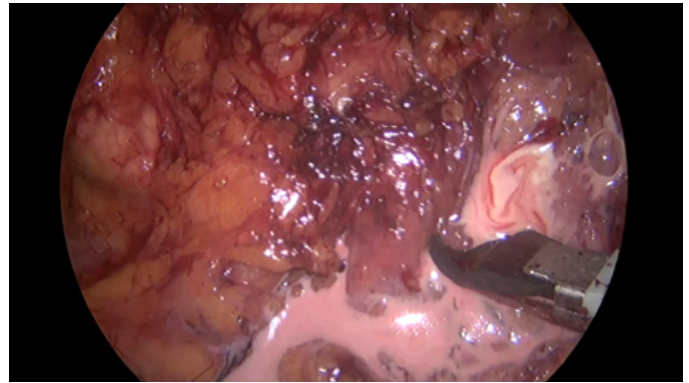
Introducción: El linfangioma quístico es una entidad rara de tumor mesenquimal benigno originado por células endoteliales de los vasos linfáticos. Se considera por la mayoría de los autores como un tumor de origen congénito, formado durante el desarrollo embrionario, siendo el diagnóstico más frecuente entre 0 y 2 años. Las localizaciones más habituales son cabeza, cuello y región axilar. Se diagnostica como hallazgo incidental o por la compresión causada a las estructuras circundantes.

Caso clínico: Hombre de 69 años sin antecedentes de interés. Inició estudio digestivo tras dispepsia marcada de 4 semanas de evolución. Estudios complementarios:

- Análisis de sangre y placa de torax: sin alteraciones significativas, ni hallazgos definitivos.
- TC abdominal: tumoración retroperitoneal a estudio que impronta en tubo digestivo ocasionando la clínica del paciente.
- RM del páncreas: lesión quística de 6,5 x 3,3 x 4,5 cm que se impronta en la segunda porción duodenal, extendiéndose a la raíz del mesenterio posterior y a los vasos del mesenterio superior sin interferir con ellos. Características de la masa: pared fina sin signos de estratificación, múltiples septos internos que delimitan múltiples quistes. En interior contenido líquido sin signos de restricción. En serie dinámica postgadolinio se aprecia realce de la pared. Diagnóstico radiológico compatible con el Linfangioma quístico mesentérico.

Tras la discusión en el comité multidisciplinar de tumores digestivos se decidió realizar tratamiento quirúrgico aceptando la vía laparoscópica por los diferentes miembros y servicios que lo componen, motivada esta decisión por el origen benigno que se describe en las pruebas diagnósticas. Así quedó reflejada la decisión de tratamiento: Resección de la masa situada en la zona de la raíz del mesenterio vía laparoscópica con posición americana y entrada mediante 4 trócares. Postoperatorio inmediato cursa con buena evolución, dado de alta al cuarto día. El paciente tampoco ha presentado complicaciones en el postoperatorio tardío. Tras el estudio anatomopatológico se confirma histológicamente el diagnóstico de: Linfangioma quístico en raíz mesentérico 4,3 x 3 x 2,5 cm.

Discusión: nuestro equipo defiende que este abordaje laparoscópico es factible con estos tumores, llevando a cabo el tratamiento quirúrgico de una patología benigna con una técnica mínimamente invasiva que nos permite una visualización clara de la anatomía, una buena accesibilidad al retroperitoneo y una recuperación del paciente temprana, sin aportar un aumento de la morbimortalidad respecto a la cirugía por laparotomía abierta.



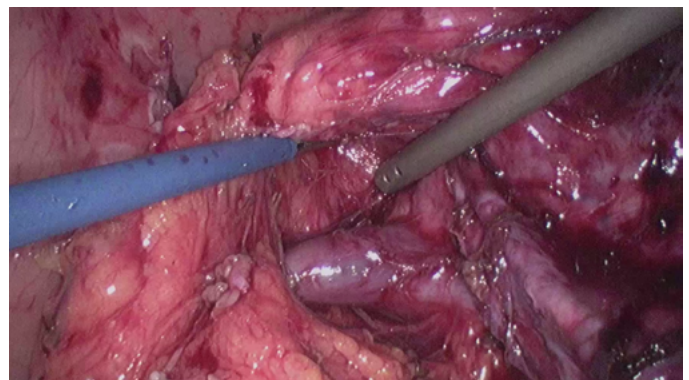
VF003. ESPLENOPANCREATECTOMIA LAPAROSCOPICA DEBIDO A TUMOR QUÍSTICO MUCINOSO.

MJ Castro Santiago, J Varela Recio, A Fierro Aguilar, C Peña Barturen, A Valverde Martínez, MD Casado Maestre, JM Pacheco García

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: tumor quístico mucinoso comprende entre el 1-2% de los tumores pancreáticos. El 80% se da en mujeres de mediana edad. Con frecuencia se trata de tumores voluminosos como es el caso, y los hallazgos clínicos más frecuentes son el dolor epigástrico o de masa palpable abdominal. La ubicación en cuerpo y cola pancreáticas es la más común en un 77% de los casos.

Caso clínico: Paciente mujer de 58 años remitida por digestivo tras estudio de sensación de ocupación en hipogastrio izquierdo se realiza pruebas de imagen objetivándose primero en ecografía masa voluminosa de características sólido quísticas en región suprarrenal izquierda. Estudio que se completa con TAC y RM coincidiendo ambos en describir una tumoración de 13 cm en su eje mayor compatibles con tumor mucinoso quístico de origen en cuerpo-cola pancreáticos, de características benignas. Se deciden en comité multidisciplinar resección esplenopancreatectomía izquierda por vía laparoscópica con drenaje previo ante benignidad del caso. Se realiza cirugía en posición francesa con 5 trócares, sin incidencias (vídeo). El paciente puede ser dado de alta al 4º día sin incidencias en postoperatorio. Anatomía patológica: tumor mucinoso quístico de cuerpo y cola de páncreas.



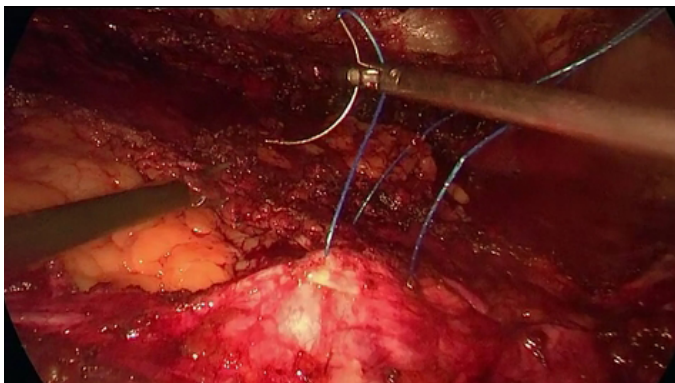
VF004. TAR (TRASVERSUS ABDOMINIS RELEASE) LAPAROSCÓPICO. TÉCNICA PASO A PASO.

E Licardie-Bolaños¹, C Mosquera-Fernández², JM Suárez-Grau³, S Morales-Conde⁴

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica Quirón Sagrado Corazón, Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Coruña, A. ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto. ⁴Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: la cirugía de la eventración de línea media ha evolucionado a técnicas más complejas entre las cuales se incluye el TAR para grandes defectos. En nuestro grupo la cirugía de pared se realiza en gran medida mediante laparoscopia, realizando cierre directo junto IPOM en defectos de menos de 5 cm, realizando la técnica LIRA (laparoscopic intracorporeal rectus aponeuroplasty) para defectos entre 5-10 cm y realizando TAR laparoscópico para defectos mayores de 10 cm.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 55 años con eventración M1-2W3 tras esplenectomía de urgencia 6 meses antes de acudir a nuestra consulta. Se decidió TAR laparoscópico para corregir los dos defectos detectados a la exploración y consensuados en TAC abdominal. La distancia media era de unos 12 cm, por lo que desestimamos realizar cierre directo del defecto y técnica de corrección tipo LIRA.



Discusión: La cirugía laparoscópica de la pared abdominal tiene grandes ventajas en cuanto a evitar heridas grandes con posibles complicaciones (seromas, infecciones, hematomas) y con una recuperación precoz. La técnica TAR laparoscópica es efectiva pero requiere destreza en laparoscopia avanzada de pared abdominal y conocimientos anatómicos. Creemos que en casos seleccionados de eventraciones W3 es una técnica con resultados óptimos.

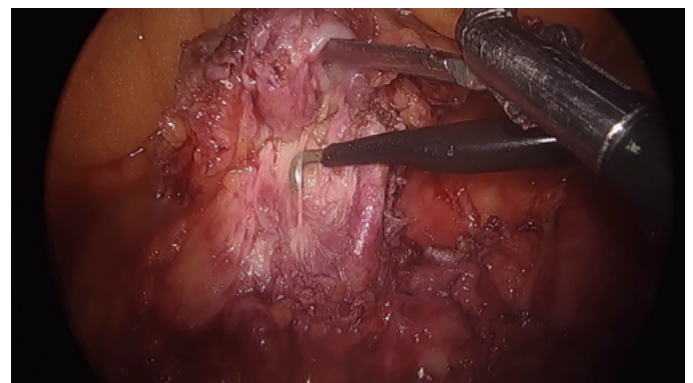
VF005. LAPAROSCOPIA EN RECTO DE URGENCIA: CIRUGÍA CANCER RECTAL ESTADIO IV PERFORADO

M Pérez Reyes, AJ González Sánchez, P Galeano Fernández, L Romacho López, JM Aranda Narváez, A Títos García, I Cabrera Serna, I Mirón Fernández, S Nicolás de Cabo, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: el cáncer colorrectal es el más frecuente diagnosticado en la población española. Individualizando por sexos, el cáncer colorrectal es el segundo más frecuente

Caso clínico: paciente de 63 años diagnosticado de adenocarcinoma recto superior estadio IV (adenopatías en mesorrecto y retroperitoneales y metástasis hepáticas). Fue presentado en comité oncológico decidiéndose tratamiento quimioterápico paliativo. Ingresa en oncología por cuadro constitucional y ante deterioro clínico y fiebre se realiza TAC abdominal observando neoplasia de recto abscesificada con colección en pelvis delante del recto y desplazando a la vejiga. Se presentó en sesión clínica y decidimos intervención quirúrgica, porque no se podía realizar control del foco no operatorio mediante drenaje percutáneo y antibioterapia pues la colección no era drenable. Primero realizamos tacto rectal palpando tumoración polipoidea a 1 cm de la línea dentada y otra a 6 cm del margen anal (complicada). El abordaje fue laparoscópico. Observamos la neoplasia de recto con absceso entre recto y parte posteroinferior de vejiga, múltiples adenopatías retroperitoneales, metástasis hepáticas y algunas lesiones en la serosa del intestino delgado y cápsula de Glisson sugestivos de implantes. Disecamos y seccionamos la arteria mesentérica inferior, distal al origen de la arteria cólica izquierda. Identificamos el uréter izquierdo. Disecamos las adherencias del recto superior a la pared de la vejiga, liberándose la colección conformada por pared posteroinferior de vejiga y tumor, con las paredes infiltradas. La sección distal fue dificultosa por la progresión tumoral y perforación, aunque superamos la zona de la perforación y llegar a la zona de transición entre la tumoración y la lesión distal. Suturamos el muñón rectal con V-LockTM. Finalmente realizamos la colostomía terminal. El postoperatorio evolucionó favorablemente, presentando íleo con necesidad de nutrición parenteral.



Discusión: Un tercio de los pacientes con cáncer de colon se presentarán con el tumor complicado (oclusión, perforación...), presentando alta mortalidad y peor pronóstico. La curación de una intervención dependerá de la radicalidad de la resección. El manejo quirúrgico debe dirigirse a salvar la vida del paciente con los gestos quirúrgicos más sencillos y resolutivos. Las técnicas quirúrgicas se basan en resecciones del tumor si es posible y colostomías terminales sin reconstrucción del tránsito eliminando el foco de la complicación y permitiendo el tránsito digestivo. Si no es posible se optará por colostomías de descarga como paliación. La vía laparoscópica para la resección de colon aporta beneficios claros en cuanto al dolor y recuperación postoperatoria. Aunque se necesita de un mayor tiempo operatorio.

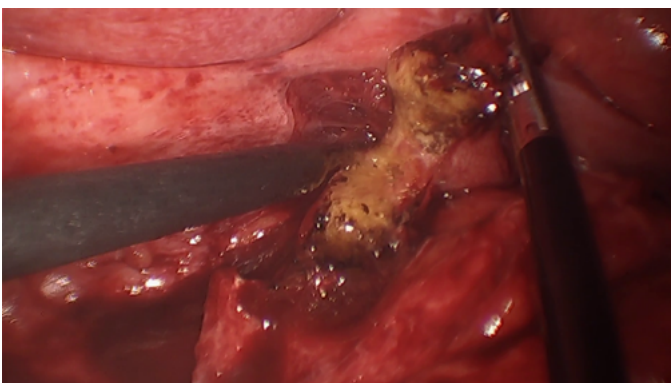
VF006. PACIENTE CON CISTOPROSTATECTOMÍA CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER CON APENDICITIS AGUDA

M Pérez Reyes, L Romacho López, P Galeano Fernández, M Pitarch Martínez, D Cabañó Muñoz, I Cabrera Serna, A Títos Garcí, AJ González Serna, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo en pacientes jóvenes, con un riesgo de padecerla a lo largo de la vida de un 7-8%.

Caso clínico: presentamos el vídeo de un varón de 69 años con antecedentes de HTA, insuficiencia mitral y neoplasia de vejiga intervenido en 2017 de cistoprostatectomía radical y linfadenectomía con derivación urinaria tipo Bricker. Acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución iniciado en epigastrio y posteriormente irradiado a fosa iliaca derecha (FID), asociando vómitos e hiporexia. En la exploración física presentaba dolor abdominal en FID con defensa e irritación peritoneal focalizada. En la analítica presenta leucocitosis y PCR elevada. Se realizó TAC abdominal objetivándose apéndice cecal aumentado de calibre y cambios inflamatorios en la grasa adyacente, así como mínima lengüeta de líquido libre entre la punta del apéndice y el músculo psoas ipsilateral. Se decidió intervención quirúrgica mediante laparoscopia, observando apendicitis aguda flemonosa con apéndice subileal fijo a la fascia de Told conformando plastrón con íleon terminal y asa de Bricker, así como síndrome adherencial a nivel de la laparotomía media previa. Se realizó una adhesiolisis laboriosa, disección y colocación de cinta para tracción del asa de Bricker que dificultaba la visualización del apéndice y se finalizó con la apendicectomía. El diagnóstico anatomopatológico fue apendicitis aguda flemonosa. El postoperatorio evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al tercer día postoperatorio.



Discusión: la apendicectomía continúa siendo la alternativa terapéutica más aceptada para la apendicitis. Sin embargo, existe cada vez una mayor aportación a la literatura científica en relación con la posibilidad de tratamiento exclusivo con antibióticos en pacientes seleccionados. La apendicectomía laparoscópica debe ser la primera elección, porque ofrece claras ventajas como menor dolor postoperatorio, menos incidencia de infección del sitio quirúrgico, descenso de la estancia postoperatorio, reincorporación al trabajo más precoz y menores costes. No hay datos en la literatura sobre el abordaje para la apendicectomía en pacientes con antecedentes quirúrgicos de cistoprostatectomía. Dentro de las complicaciones

de la ureteroileostomía tipo Bricker que pueden cursar con dolor abdominal de forma precoz son íleo paralítico, fistula urinaria, intestinal y necrosis del asa. Entre las tardías destacar oclusión intestinal, complicaciones del estoma, estenosis ureterales y litiasis. Por lo tanto, ante cuadro de dolor abdominal con RFA elevados realizaremos TAC abdominal para filiar el cuadro. Si el diagnóstico es de apendicitis aguda habrá que individualizar el caso para decidir el abordaje.

VF007. PANCREATECTOMÍA CORPORO-CAUDAL CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA (TÉCNICA DE WARSHAW) VÍA LAPAROSCÓPICA

NS Ávila García, S Martín Cortes, J Roldan de la Rúa, LC Hinojosa Arco, Y Eslava Cea, MA Suarez Muñón

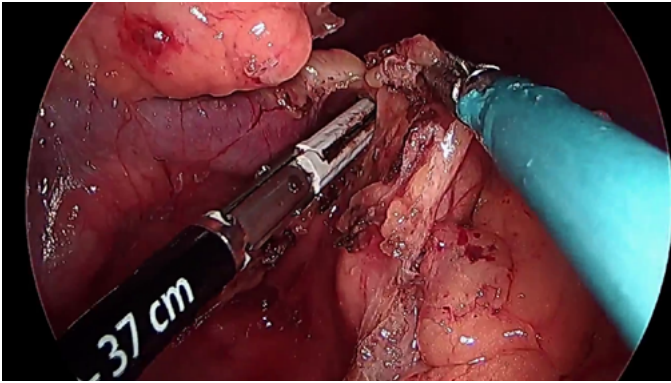
UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La pancreatectomía corporo-caudal engloba varias opciones quirúrgicas en función de diferentes variables anatómicas y oncológicas, que van desde la cirugía oncológica radical en el cáncer de páncreas hasta la cirugía preservadora de parénquima pancreático, esplénico y vascular en patología benigna. Esto último, repercute en menor insuficiencia pancreática endo y exocrina, así como en mantener la función inmunológica esplénica, importante en la infección por gérmenes encapsulados. Por otro lado, el abordaje mínimamente invasivo de una pancreatectomía al lado izquierdo de la vena mesentérica superior se ha convertido en el gold estándar; demostrando sus beneficios disminuyendo las complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria y tasa de transfusión sanguínea, preservando los conceptos oncológicos en caso de patología maligna.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 49 años sin antecedentes médicos de interés que acudió a urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo y aparición de un cordón cutáneo compatible con tromboflebitis toracoabdominal autolimitada. En la analítica de urgencias destacó amilasemia elevada, completándose el estudio con RMN y TC de páncreas, con diagnóstico de lesión quística uniloculada en cola de páncreas de 5-6 cm, compatible con cistoadenoma mucinoso de páncreas. Ante los hallazgos de patología premaligna, se plantearon las diferentes opciones quirúrgicas preservadoras de parénquima, optándose por una pancreatectomía distal laparoscópica con preservación esplénica y de vasos esplénicos (técnica de Kimura). Durante la intervención, se evidenció la imposibilidad de preservar los vasos esplénicos por su íntima adherencia con la lesión quística, por lo que se decidió realizar la técnica de Warshaw. El postoperatorio transcurrió con buena evolución en planta, aunque presentó criterios de fístula pancreática bioquímica (ISGPS); por lo que se mantuvo el drenaje intraabdominal hasta el octavo día y se inició tratamiento con Octreótide, con progresivo descenso en volumen y cantidad de amilasa. La paciente fue dada de alta a domicilio el quinto día postoperatorio. Al sexto día se realizó Tomografía computerizada que evidenció infarto esplénico junto a una mayor captación contraste del bazo en fase tardía que corroboró su vascularización por colaterales; así mismo, descartó colecciones intraabdominales.

Discusión: la pancreatectomía corporo-caudal con preservación esplénica laparoscópica es una técnica segura, eficaz, que consigue mantener intacta la función esplénica sin aumentar las complicaciones,

por lo que consideramos debe ser la técnica de elección ante patología pancreática benigna.



VF008. ¿APENDICITIS AGUDA O IMPLANTE PERITONEAL?

M Pérez Reyes, I Cabrera Serna, P Galeano Fernández, I Mirón Fernández, L Romacho López, AJ González Sánchez, A Titos García, JM Aranda Narváez, S Nicolas de Cabo, J Santoyo Santoyo

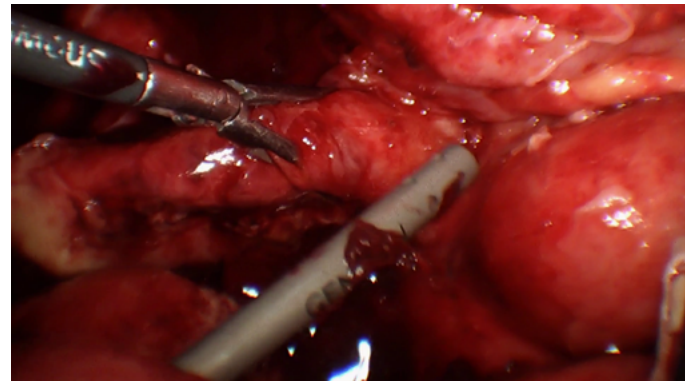
UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: La carcinomatosis peritoneal en cáncer de mama es rara, siendo más frecuente en el tipo lobulillar infiltrante. Su aparición oscila entre 3 meses y 30 años tras el diagnóstico.

Caso clínico: paciente de 43 años diagnosticada de carcinoma infiltrante de células en anillo de sello con receptores propios de la mama sin lesión primaria de mama con metástasis óseas múltiples y carcinomatosis peritoneal con necesidad de paracentesis evacuadoras intermitentes. Último PET con estabilización de la enfermedad. Ingreso en Oncología por fiebre y dolor abdominal. La analítica destacaba reactantes de fase aguda (RFA) elevada. Se realizó TAC abdominal urgente objetivando engrosamiento parietal de ciego y apéndice cecal por proceso inflamatorio o implante tumoral, aumento de densidad en mesenterio de delgado y realce peritoneal compatible con carcinomatosis. Ascitis a tensión. Se decidió realizar paracentesis evacuadora y diagnóstica, mandando a microbiología el líquido claro. Se repitió el TAC abdominal persistiendo la imagen del apéndice cecal con aumento de calibre, pared engrosada y con imagen nodular hiperdensa en origen del mismo a descartar implante o proceso apendicular agudo y líquido ascítico con realce del peritoneo. Se reevaluó y ante presencia de abdomen agudo se decidió cirugía urgente. El abordaje fue laparoscópico, objetivamos peritonitis evolucionada generalizada secundaria a apendicitis aguda perforada con líquido ascítico, moco, fibrina y el paquete intestinal empastrado. Mandamos muestra del líquido a cultivo, citología y para estudio anatomopatológico. Desmontamos el plastrón identificando el apéndice cecal engrosado, perforado en su tercio medio, con salida de pus y material fecaloideo. Se realizó disección dificultosa porque el plastrón englobaba el ciego. El postoperatorio evolucionó favorablemente. La anatomía patológica informó apendicitis aguda gangrenosa.

Discusión: Un nódulo de implante peritoneal puede obstruir parte del tracto intestinal y presentar dolor abdominal tipo cólico. Si dicho implante se encuentra adherido al apéndice puede causar una

obstrucción de la luz del apéndice y derivar en apendicitis. La clínica será de dolor abdominal, fiebre, ... Para el diagnóstico se realizará TAC abdominal, y puede presentar RFA elevados. En pacientes con ascitis podremos realizar paracentesis diagnóstica terapéutica, pero una muestra estéril puede ser porque el líquido esté loculado. Para decidir tratamiento, tenemos que saber que la carcinomatosis peritoneal es indicativa de un estadio oncológico avanzado, si bien en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama presentan una supervivencia entre 24-36 meses y observándose casos de remisión de la enfermedad durante períodos prolongados de tiempo, por ello, en nuestra paciente dada la estabilidad de la enfermedad se decidió intervención quirúrgica.



VF009. ¿EXPLANTAR O NO EXPLANTAR? HE AHÍ LA CUESTIÓN. INTERVENCIÓN DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE CON MALLA EN ÁREA PREPERITONEAL POR LAPAROSCOPIA.

E Licardie-Bolaños¹, C Mosquera-Fernández², JM Suárez-Grau³, S Morales-Conde⁴

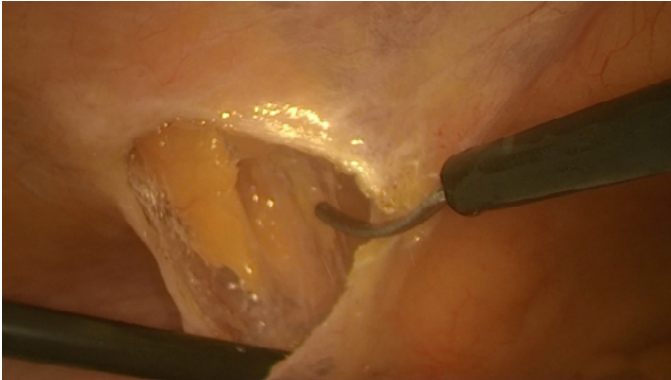
¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica Quirón Sagrado Corazón, Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Coruña, A. ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto. ⁴Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: la reparación de la malla de la hernia inguinal a veces es seguida por efectos adversos como la migración de la malla, el dolor crónico de la ingle o la recurrencia. La eliminación de la malla es necesaria en casos seleccionados.

Caso clínico: presentamos un video en el que se destacan los puntos para decidir si se debe explantar o no la malla previa. Las condiciones para decidir el explante fueron la proximidad a los vasos principales en el área inguinal (vasos espigástricos y femorales) y la plicatura o pliegues de la malla.

Discusión: como mostramos en el video, el explante de la malla solo está condicionado por la plicatura de la malla para su migración y recurrencia, generalmente acompañada de dolor. No eliminamos en ningún momento la malla o el tapón si está en el triángulo de la fatalidad (Doom) con adherencias firmes a los vasos principales. No sintomatología abdominal, ni focalidad neurológica. Analítica sin alteraciones. TAC craneal sin hidrocefalia. TAC abdominal: introducción del catéter a nivel del sigma sin neumoperitoneo ni

líquido libre intraabdominal. Intervención conjunta con neurocirugía para externalización valvular, retirada de catéter proximal y colocación de derivación externa en un primer tiempo seguido de laparoscopia abdominal donde se visualiza el catéter de DVP con una microperforación abscesificada y contenida a nivel del ciego. Distalmente se introduce en sigma con trayecto transmural de unos 1,5 cm. Se realiza apendicectomía con resección parcial de ciego incluyendo la microperforación. Tras la liberación del catéter de su trayecto transmural en sigma mediante colotomía, se realiza extracción del catéter proximal a través de trócar de laparoscopia y el distal a través del ano. La reconstrucción se lleva a cabo mediante anastomosis a través de mini-Pfannestiel.



Conclusiones: la perforación intestinal por catéter DVP es una complicación rara, siendo más frecuente a nivel del colon y es potencialmente grave puesto que puede llegar a ocasionar una peritonitis o una infección del SNC secundaria. A la hora de abordar una situación como ésta debemos tratar con antibioterapia intravenosa al paciente, asegurar el drenaje ventricular proximal y proceder a la retirada del catéter. La laparotomía es el abordaje clásico que se ha utilizado para la localización y extracción del catéter, aunque hay casos en los que se ha procedido mediante colonoscopia y laparoscopia.