

COMUNICACIONES VÍDEOS

Abordaje laparoscópico en cirugía citorreductora y HIPEC con sistema cerrado de agitación por CO₂ en paciente con pseudomixoma peritoneal de bajo grado

Rodríguez Ortiz, Lidia. Robles Quesada, María Teresa. Espinosa Redondo, María Esther. Macías Puerta, Isabel. Arjona Sánchez, Álvaro. Cosano Álvarez, Antonio. Sánchez Hidalgo, Juan Manuel. Rufián Peña, Sebastián

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción: En los últimos años la cirugía de citorreducción con peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal con hipertermia (HIPEC) se ha convertido en el procedimiento estándar para el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal.

Objetivos: El abordaje laparoscópico está siendo considerado una opción segura y eficaz para pacientes con carcinomatosis con bajo PCI y con bajo grado de malignidad tipo DPAM (Adenomucinos Peritoneal Diseminada) o Mesotelioma Multiquístico.

Materiales y Métodos: Presentación de un caso de una paciente de 65 años diagnosticada tras apendicectomía de un pseudomixoma de bajo grado (DPAM). El estudio preoperatorio mostró un PCI bajo en las pruebas de imagen y se ofreció cirugía de citorreducción + HIPEC por vía laparoscópica. Tras la exploración de la cavidad abdominal y confirmación de un PCI bajo (3/39) se realizó peritonectomía de flanco y fosa ilíaca derechos, doble ooforectomía, cequectomía parcial, omentectomía y electrofulguración de los nódulos de mucina identificados macroscópicamente. Tras la extracción de las piezas por Pfannestiel y certificación de una CC-0, se procedió a administrar quimioterapia intraperitoneal con Mitomicina C e hipertermia a 42°C, mediante un sistema cerrado y con recirculación de CO₂, durante 60min.

Resultados: La paciente fue dada de alta a los 4 días sin morbilidad asociada al procedimiento.

Conclusión: Este abordaje permite disminución de la morbilidad, recuperación postoperatoria más precoz y reducción de la estancia hospitalaria. La experiencia actual, aunque escasa, parece asegurar que en casos muy seleccionados, con estirpes tumorales concretas y de extensión limitada, se puede realizar una citorreducción completa por vía laparoscópica y administración adecuada y segura de la HIPEC mediante técnica cerrada, sin afectación del pronóstico con respecto a la vía abierta.

Pancreato-yeyunostomía laparoscópica en el tratamiento del pseudoquiste pancreático

Marchal Santiago, Amando; Rubio-Manzanares Dorado, Mercedes; Pinilla Martínez, Diego; Fernández Ramos, María; Álamo-Martínez, José María; Marín-Gómez, Luis Miguel; Padillo-Ruiz, Francisco Javier; Gómez-Bravo, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: El Gold Standar del tratamiento del pseudoquiste es el drenaje transgástrico mediante endoscopia. Sin embargo esta es una técnica compleja que pocos endoscopistas son capaces de llevar a cabo y que no se encuentra disponible en todos los hospitales.

La Cirugía laparoscópica ha supuesto una revolución en los últimos años. Es una técnica asequible para un cirujano con experiencia laparoscópica que permite una recuperación precoz. Proponemos este abordaje para grandes quiste y aquellos centros sin disponibilidad de drenaje transgástrico.

Objetivos: Incluir en el armamento del cirujano general las derivaciones laparoscópicas quisto-intestinales del pseudoquiste pancreático.

Material y métodos: Paciente de 43 años sin antecedentes destacables que tras episodio de pancreatitis aguda litiásica con necrosis del 30 % de la cola del páncreas, desarrolla un pseudoquiste polilobulado que afecta al cuerpo y cola de páncreas con un diámetro máximo de 15 cm. Tras más de 8 semanas de vigilancia sin disminución del mismo y con aparición de síntomas compresivos se decide intervención quirúrgica.

Resultados: Tras la colocación del paciente en posición de antitrendelemburg y mediante abordaje laparoscópico se realiza una quisto-yeyunostomía en Omega con pie de Braun. Para la realización de ambas anastomosis se utilizó una EndoGIA de 45 mm carga morada y cierre del orificio con puntos suelto de Poliester del 2/0 mediante Endostich.

Finalmente se realizó una colecistectomía laparoscópica.

Conclusión: La cirugía laparoscópica para el pseudoquiste es una técnica factible y segura especialmente indicada en pseudoquiste de gran tamaño y para aquellos centros sin disponibilidad de un acceso endoscópico.

Resección laparoscópica de linfangioma quístico abdominal en adulto

Rodríguez González, Rubén; Bustos Merlo, Ana Belén, Gallart Aragón, Tania; Ruiz de Adana Garrido, Alberto; Sánchez Pascual, Antonia; Moya Vázquez, Restituto

Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén)

Introducción: El linfangioma quístico es un tumor benigno de los vasos linfáticos, infrecuente en el adulto, siendo la localización abdominal muy rara. Se origina a partir de malformaciones del tejido linfático durante el desarrollo

embrionario. Su presentación clínica es inespecífica, principalmente por compresión de estructuras adyacentes cuando son de gran tamaño.

El diagnóstico suele ser incidental al detectarse en pruebas de imagen, siendo complicado el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones quísticas abdominales, precisándose su resección para confirmación histológica. El tratamiento es siempre quirúrgico, teniendo buen pronóstico si la resección es completa.

Caso: Paciente de 45 años, con antecedentes de nefrolitiasis derecha, asintomático y con exploración abdominal normal, en el que en un TAC abdominal (y confirmado mediante RMN) se detecta una masa irregular, de 4,5 x 3,5 x 4 cm, en contacto con asa de íleon proximal, con diagnóstico diferencial de un tumor mucinoso primario del íleon, adenopatías/implantes mucinosos, o tumor mesenquimal primario del mesenterio.

Se decidió realizar su exéresis completa por vía laparoscópica, mediante abordaje con tres trócares, extirpando el tumor sin incidencias, con una manipulación y extracción cuidadosa para evitar su rotura. La anatomía patológica fue de linfangioma intraabdominal. La evolución postoperatoria fue favorable, sin incidencias en el seguimiento.

Conclusiones:

- Los linfangiomas quísticos abdominales en el adulto son una entidad rara, pero que debe tenerse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de las masas quísticas abdominales.
- Generalmente son asintomáticos, o con sintomatología inespecífica derivada de su localización y/o tamaño, siendo frecuentemente descubiertos de forma incidental.
- El tratamiento debe ser siempre quirúrgico, evitando su ruptura. El pronóstico es favorable, con baja tasa de recurrencia, si la resección es adecuada.
- El abordaje laparoscópico de estas lesiones es una técnica válida y segura, con una menor agresión quirúrgica al paciente.

Resección de colangiocarcinoma sobre hígado cirrótico por laparoscopia

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Sánchez Barrón, María Teresa; Eslava Cea, Yolanda; Roldán de la Rúa, Jorge; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El desarrollo de la cirugía laparoscópica incluye procedimientos complejos como resecciones hepáticas, con un mejor resultado respecto a la recuperación postoperatoria del paciente.

Objetivos: Exposición de una resección laparoscópica de una LOE hepática sobre hígado cirrótico.

Material y métodos: Presentamos en el video el caso clínico de un paciente de 69 años de edad que presentaba una lesión sólida, de 4 cm de diámetro, localizada en segmentos II-III hepáticos. Las técnicas de imagen mostraban un hígado dismórfico, con hipertrofia de todo el lóbulo hepático izquierdo y especialmente del sector lateral izquierdo, en relación con

una hepatopatía crónica de etiología hemocromatosis + alcohol. Desde el punto de vista funcional, presentaba un estadio A de Child sin signos de hipertensión portal.

Resultado: La intervención practicada fue una seccionectomía lateral izquierda, empleando 4 trócares para instrumentos y un quinto acceso en hipocondrio derecho para ubicación de cinta para clampaje hiliar extracorpóreo (técnica de Rotellar). Se realizó maniobra de Pringle intermitente, precisando un total de 52' de oclusión hiliar. La pieza quirúrgica fue extraída por una incisión de Pfannenstiel. No se dejó drenaje abdominal alguno. La recuperación del paciente fue excelente, sin signos clínicos ni analíticos de insuficiencia hepática, lo que permitió su alta hospitalaria a las cuarenta y ocho horas de la intervención. El resultado anatomopatológico fue de colangiocarcinoma intrahepático con márgenes de resección libres.

Conclusiones: Se trata de un caso típico de LOE hepática sobre hígado cirrótico con un diagnóstico radiológico preoperatorio de hepatocarcinoma, cuyo resultado anatomopatológico definitivo es de colangiocarcinoma intrahepático.

Resección pancreática distal laparoscópica con preservación de los vasos esplénicos

Ramos Muñoz, Francisco; García García, Blanca; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Rivera Castellano, Javier; Eslava Cea, Yolanda; Roldán de la Rúa, Jorge; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; De Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La pancreatometomía distal con preservación de los vasos esplénicos es una técnica descrita por Kimura en 1996.

Está indicada para el tratamiento de las lesiones benignas o potencialmente malignas confinadas al cuerpo o cola de páncreas. Al igual que la técnica de Warshaw, permite la conservación del bazo en casos de pancreatometomía izquierda, pero la incidencia de complicaciones vasculares (infarto esplénico) es inferior con la técnica de Kimura, especialmente en la cirugía de pacientes añosos. Frente a este aspecto ventajoso, la técnica Kimura es la más compleja que la de Warshaw, pues requiere la minuciosa esqueletización tanto de la vena como de la arteria esplénica, con el consiguiente mayor riesgo de sangrado y de prolongación del tiempo quirúrgico.

Objetivos: Presentación de una intervención de pancreatometomía distal laparoscópica con preservación de los vasos espléndidos mediante abordaje lateral-medial.

Material y métodos: Presentamos en el vídeo el caso de una paciente de 72 años de edad intervenida por presentar una neoplasia intraductal mucinosa de rama secundaria, que en su seguimiento había presentado aumento de tamaño y asociaba citología con atipia.

Resultados: La paciente fue colocada con posición de semidecúbito lateral derecho y la intervención se realizó empleando cuatro trócares. La localización, muy caudal, de la lesión, así como su tamaño, permitió la fácil identificación de la vena esplénica en su segmento ya extrapancreático próximo al hilio

esplénico, por lo que se procedió a la disección pancreática en sentido lateral a medial. Posteriormente se abordó la arteria esplénica, que fue disecada a nivel del borde superior del páncreas, continuándose la progresiva movilización y liberación del segmento pancreático con la neoplasia. La sección del parénquima se realizó aplicando una endograpadora. El tiempo quirúrgico fue de 180', las pérdidas hemáticas mínimas, sin necesidad transfusión, y la paciente fue dada de alta a las 48 horas de la intervención. No presentó ninguna complicación postoperatoria ni precisó reingreso hospitalario.

Hepatitis. Hepatectomía izquierda ampliada al segmento I

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Martos Rojas, Noemí; Pico Sánchez, Leila; Cuba Castro, José Luis; Roldán de la Rúa, Jorge; Osorio Fernández, Diego; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; De Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La hepatitis se define como la presencia de cálculos en la vía biliar intrahepática proximales al confluente biliar.

Objetivos: Presentar el tratamiento quirúrgico de un caso de colangitis de repetición con atrofia del lóbulo hepático izquierdo.

Material y métodos: Paciente de 77 años de edad, ingresado en la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital por cuadro de sepsis biliar. Los estudios de imagen mostraron la existencia de atrofia del lóbulo hepático izquierdo junto a la presencia de dilataciones saculares de la vía biliar a dicho nivel. Antecedente de colecistectomía en otro centro en el año 2011.

Resultados: El abordaje de la cavidad abdominal se realizó mediante incisión subcostal bilateral, apreciándose la atrofia hepática izquierda así como cambios en el parénquima de dicho lóbulo en relación con episodios previos de colangitis. Se realizó hepatectomía izquierda ampliada al segmento I, ya que en la tomografía computarizada se apreciaba la existencia de dilatación biliar a nivel del caudado. Tras disección y ligadura de la arteria hepática izquierda y media se procedió a la disección del tronco venoso de la vena hepática media e izquierda, que fue seccionado con grapadora vascular. A continuación se llevó a cabo la ligadura y sección de la vena porta izquierda que, en relación con los episodios previos de colangitis sufridos por el paciente, no había podido aislarse de manera segura hasta entonces. La transección parenquimatosa se realizó con pinza Focus y Ligasure, empleando maniobra de Pringle de 24' de duración. La disección a nivel de la placa hiliar permitió identificar el conducto hepático izquierdo, así como el conducto dilatado correspondiente al segmento I. El tiempo quirúrgico fue de 240', las pérdidas hemáticas fueron inferiores a 200 ml y no hubo transfusión de hemoderivados. No se dejó drenaje ni se aplicaron agentes hemostáticos a nivel de la superficie de transección hepática. La estancia postoperatoria fue de cinco días y no hubo ninguna complicación.

Conclusiones: La hepatitis es una patología de baja

incidencia que se puede beneficiar de tratamiento quirúrgico programado con buenos resultados y baja morbimortalidad.

Neoplasia de cuerpo de páncreas resecada mediante Esplenopancreatectomía radical modular anetrógrada (RAMPS)

Corrales Valero, Elena; Cuba Castro, José Luis; Martos Rojas, Noemí; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Sánchez Barrón, María Teresa; Roldán de la Rúa, Jorge; Osorio Fernández, Diego; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; De Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La esplenopancreatectomía radical modular anterógrada (RAMPS) es una técnica descrita por el profesor Strassberg en el año 2003 con el objetivo de conseguir una máxima radicalidad oncológica en el tratamiento del carcinoma de cuerpo y cola pancreáticos.

Objetivos: Presentación de una intervención en la que realizamos la técnica RAMPS ante un tumor de cuerpo de páncreas.

Material y métodos: Presentamos en el video el caso de un paciente de 62 años de edad, con historia de pérdida de peso de 4 meses de evolución y dolor abdominal en los últimos quince días previos a su ingreso hospitalario. Las técnicas diagnósticas pusieron de manifiesto la existencia de una neoplasia a nivel de cuerpo de páncreas.

Resultado: Fue intervenida realizándose una RAMPS anterior. La sección a nivel del cuello del páncreas se realizó con la endograpadora. La duración de la intervención fue de 210', con pérdidas hemáticas mínimas, no siendo necesaria la transfusión de hemoderivados. La estancia postoperatoria fue de 6 días y no se registró ningún tipo de complicación ni reingreso.

Conclusiones: La técnica de RAMPS maximiza el margen de resección circunferencial que se obtiene en la pieza quirúrgica. Se describen dos variantes de la RAMPS, anterior y posterior, dependiendo de si se asocia la resección de la glándula suprarrenal izquierda (RAMPS posterior, para casos en que la neoplasia afecta a la cápsula posterior del páncreas).

Aplicación de técnica ROLL para resección de insulinoma pancreático

Monje Salazar, Cristina; Ramos Muñoz, Francisco; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Cuba Castro, José Luis; Roldán de la Rúa, Jorge; Eslava Cea, Yolanda; Osorio Fernández, Diego; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; De Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La técnica Roll consiste en la inoculación de trazador para facilitar la localización de tumores pequeños o no palpables en los que está indicado el tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Mostrar la posibilidad de utilización de técnica ROLL para la resección de un insulina pancreático.

Material y métodos: Paciente de 32 años de edad, con episodios conocidos de hipoglucemia de más de quince años de evolución. Ante la sospecha de insulinoma se realizaron test de ayuno (positivo), test de glucagón (positivo), y determinación del cociente insulina/glucosa (>0.3). La TAC pancreática fue normal, pero la resonancia magnética puso de manifiesto la existencia de una lesión de 8 mm localizada en la cabeza del páncreas. El octreoscán asimismo mostró la existencia de un depósito del trazador en la cabeza del páncreas. El resto de determinaciones analíticas y hormonales fueron normales, por lo que consideramos el insulinoma de nuestro paciente esporádico y no asociado a neoplasia endocrina múltiple.

Resultados: En orden a facilitar su localización intraoperatoria dado su pequeño tamaño, el día previo a la intervención al paciente se le administró radiotrazador, realizándose durante el procedimiento quirúrgico rastreo con sonda gamma para determinación de cuentas de radiactividad. Esta técnica, junto a la realización de ecografía intraoperatoria permitieron la correcta localización de la tumoración, realizándose enucleación de la misma. La estancia postoperatoria fue de dos días y no se registró ningún tipo de complicación.

Conclusiones: En nuestro caso fue posible realizar la exéresis de la lesión pancreática gracias a la realización de cirugía radioguiada. Presenta la ventaja de poder realizar un procedimiento menos agresivo y una mayor rapidez y eficacia en la exéresis

Abordaje laparoscópico de cistoadenoma seroso de páncreas

Oehling De los Reyes, Hermann; Doblas Fernández, Juan; Hernández González, José Manuel; Galeote Quecedo, Tania; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera

Introducción: El cistoadenoma seroso microquístico de páncreas es un tumor raro de naturaleza quística, se localiza preferentemente en cuerpo y cola dando clínica de dolor abdominal y en ocasiones masa palpable. No es infrecuente encontrarlo como hallazgo incidental en una exploración radiológica.

Suelen ser benignos, su resección está indicada si son sintomáticos o voluminosos, siendo el abordaje laparoscópico una opción válida.

Objetivos: Resección laparoscópica de cistoadenoma seroso microquístico de páncreas, dada su situación distal y la poca frecuencia de malignidad.

Material y métodos: Paciente de 76 años, AP de HBP, con dolor abdomen de un año de evolución que empeora con la ingesta. Exploración abdominal con dolor a palpación en epigastrio.

Cromogranina A

TAC abdomen: Nódulo hipodenso en cola pancreática de 3.1 cm que sobrepasa los límites viscerales en cara posterior e inferior, contactando con arteria esplénica. Compatible con tumor mucoscretor, microquístico o extirpe endocrina.

Ecoendoscopia: Lesión hipoecogénica redondeada en cola pancreática de 28 x 31 mm.

PAAF: Sugestivo de cistoadenoma mucinoso.

Intervención: Abordaje laparoscópico 4 trócares, decolaje de epiplon mayor y gástrico accediendo a trascavidad, tumoración en cuerpo. Liberación de vasos cortos exponiendo arteria y vena esplénicas. Ligadura de ambas, pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía. Aplicación de flogseal en superficie de corte pancreático.

Resultados: Evolución favorable sin complicaciones. En seguimiento a 9 meses paciente sin dolor abdominal.

AP: Cistoadenoma seroso microquístico de páncreas.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico es perfectamente válido en éste tipo de tumores una vez descartada malignidad. Debe ser realizado en centros con equipo experto en laparoscopia por ser una cirugía muy demandante. Es preferible intentar una cirugía preservadora de bazo, pero en éste caso dada la posibilidad de tumor mucinoso, que requiere una extirpación amplia con margen libres, y el hallazgo radiológico de contacto con vasos esplénicos se opta por esplenectomía asociada.

Abordaje perianal de los tumores de la fosa isquiorrectal

Rubio-Manzanares Dorado, Mercedes; Camacho Marente, Violeta; Jiménez Rosa; Reyes, M^o Luisa; García, Ana; Palacios, Carmen; De la Portilla Fernando

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos: Los tumores de la fosa isquiorrectal son excepcionales Existen dos ideas básicas sobre los tumores que asientan en esta zona que se encuentran por clarificar: El rol de la biopsia percutánea y la resección oncológica completa por vía perianal. Tan solo algunas publicaciones anecdóticas hacen referencia sobre su abordaje exclusivamente perineal sin necesidad de incisión abdominal.

Presentamos este video, donde exponemos la escisión de un leiomioma localizado en la fosa isquiorrectal mediante un abordaje perineal sin asistencia abdominal, consiguiéndose su resección oncológica completa.

Material y Métodos: Mujer de 81 años que consulta por dolor en ambos muslos y sensación de masa a nivel de la zona perianal derecha. Tras realizarse RNM fue diagnosticada de leiomioma de la fosa isquiorrectal derecha.

Resultados: Se sitúa a la paciente en posición de navaja. Mediante una incisión semicircular en la piel, paralela al margen anal, se accede a la fosa isquiorrectal. La disección se realizó en el plano inmediatamente superficial a las fibras del esfínter anal externo bajo visión directa. El defecto se cerró con Polisorb del 2/0. La piel se reparó con una sutura continua de PDS 2/0. El tiempo operatorio fue de 45 minutos, las pérdidas sanguíneas fueron de 10 ml y la estancia hospitalaria fue de 3 días.

Conclusión: El abordaje perineal de los tumores de la fosa isquiorrectal puede ser una alternativa quirúrgica que nos permite prescindir de las incisiones abdominales para conseguir una resección local completa.

Panproctocolectomía con reservorio ileoanal manoasistida

Camacho Marente, Violeta; García Muñoz, Patricia; García Cabrera, Ana María; Reyes Díaz, María Luisa; Jiménez Rodríguez, Rosa; Vázquez Monchul, Jorge; Díaz Pavón, José Manuel; Palacios González, Carmen; De la Portilla de Juan, Fernando

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad caracterizada por la aparición a partir de la segunda década de la vida de un elevado número de polipos en colon y recto, que evoluciona sin tratamiento a cáncer colorrectal. La proctocolectomía total con reservorio ileoanal es la intervención quirúrgica de elección en la mayoría de pacientes.

La cirugía laparoscópica puede ser una alternativa ofreciendo numerosas ventajas, como menor dolor postoperatorio y reducción de la estancia hospitalaria, aunque en estos casos no se plantea como primera opción debido al mayor tiempo operatorio. La cirugía laparoscópica manoasistida puede acortar estos tiempos de forma considerable en este tipo de pacientes.

Presentamos el caso de un paciente con PAF sometido a una proctocolectomía total con reservorio ileoanal laparoscópica manoasistida.

Método: Se realiza una minilaparotomía media infraumbilical (5 cm) donde se colocó el sistema mano-asistida. Posteriormente se colocaron 5 trócares para introducir el material laparoscópico y llevar a cabo toda la disección del colon y recto. Excepto el tiempo de la proctectomía que se practicó laparoscópico puro, el resto de la colectomía fue asistida con la mano. El reservorio ileal en J se hizo con 3 cargas de GIA lineal de 75 mm (Lineal Cortante Ethicon®). Para finalizar se llevó a cabo la anastomosis del reservorio a la unión anorrectal utilizando una CEEA 28 (Premium Plus Covidien®). Se realizó ileostomía de protección.

Resultados: Esta técnica nos permitió realizar la proctocolectomía y reservorio en 2:20 min. El paciente inició tolerancia al día siguiente y fue dado de alta al 7º día postoperatorio sin complicaciones.

Conclusion: El abordaje laparoscópico con asistencia manual constituye una alternativa quirúrgica en este tipo de casos, ofreciendo las ventajas de una cirugía laparoscópica, con menos complejidad técnica y reduciendo el tiempo operatorio

Reconstrucción de tránsito tras intervención de Hartmann por puerto único a través del orificio del estoma

De Lebrusant Fernández, Sara; Valdés- Hernández, Javier; Cintas- Catena, Juan; del Río Lafuente, Francisco; Torres Arcos, Cristina; Capitán Morales, Luis; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La reconstrucción del tránsito tras una in-

tervención de Hartmann se asocia a una morbimortalidad quirúrgica que según distintas series varía de un 1 % a un 5% y que guarda relación con la edad del paciente, comorbilidades, riesgo anestésico y motivo de la intervención primera, entre otros.

En los últimos tiempos y con el objetivo de disminuir la tasa de morbimortalidad se están llevando a cabo reconstrucciones del tránsito mediante técnicas quirúrgicas menos invasivas como el abordaje laparoscópico o la reconstrucción por puerto único, en aras de minimizar la agresión quirúrgica y disminuir en la medida de lo posible la morbimortalidad asociada.

Objetivos: El objetivo del vídeo es mostrar la técnica quirúrgica de reconstrucción del tránsito por puerto único a través del orificio de la colostomía.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un varón de 57 años intervenido de urgencia por peritonitis purulenta secundaria a una diverticulitis Hinchey III, al que se le realizó una intervención de Hartmann vía laparotómica. Tras 2 años, se decide reconstrucción del tránsito.

Tras disección dificultosa del estoma por adherencias y fijación a la fascia, se secciona el extremo distal de la colostomía para colocar el cabezal de la CEEA 28 y se reintroduce en cavidad. Se introduce el dispositivo de puerto único Octoport V2. Liberación de adherencias de intestino delgado a la pared y muñón rectal. Realización de anastomosis colorrectal terminolateral con CEEA Premium 28. Comprobación de la estanqueidad. Cierre del orificio de la colostomía parcial mediante sutura invaginante.

Resultados: Postoperatorio favorable con restablecimiento del tránsito a las 24 horas postoperatorias.

Conclusiones: El abordaje por puerto único a través del orificio del estoma, puede considerarse como una alternativa factible y eficaz para realizar la reconstrucción del tránsito en pacientes seleccionados.

Panproctocolectomía total con escisión total del mesorrecto transanal. Abordaje combinado laparoscopia y TAMIS

Martín Balbuena, Ramón; Mulet Zayas, Octavio; Sánchez Sánchez, Luis Fabricio; Sánchez Galvez, María Angeles; Martínez García, Pablo

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla

Introducción: La utilización de las técnicas mínimamente invasivas en la escisión del mesorrecto por vía transanal es un nuevo enfoque en el tratamiento del cáncer de recto inferior, sobretudo en pacientes obesos, con lesiones localmente avanzadas o con pelvis estrechas en las que la cirugía convencional presenta frecuentes dificultades. Esta técnica requiere además de un abordaje abdominal para realizar la movilización del colon proximal que a menudo puede realizarse de manera conjunta por laparoscopia.

Método: Presentamos un video describiendo la técnica quirúrgica que aplicamos en una paciente de 54 años diagnosticada de pancolitis ulcerosa de más de 30 años de evolución. En tratamiento con azatioprina y mesalazina desde 2001 con

muy buen curso clínico. En colonoscopia de control rutinario se detecta un pólipo serrado extenso de 15 cm a 7 cm del margen anal. Se decide realizar una panproctocolectomía total con anastomosis ileoanal y reservorio en J. Se procede a la escisión total del mesorrecto por vía transanal interesfinterica utilizando el sistema de puerto único y simultáneamente se realiza la colectomía total por vía laparoscópica.

Conclusión: Esta técnica aporta claros beneficios en el tratamiento del cáncer de recto, facilita la movilización y disección del mismo permitiendo realizar con mayor facilidad técnicas más conservadoras con preservación de los esfínteres con el importante beneficio funcional para los pacientes. Los estudios publicados hasta el momento son alentadores presentando excelentes resultados en cuanto a calidad de la resección con márgenes negativos y mesorrecto intacto. Sin embargo también recomiendan mantener la precaución en cuanto a los resultados preliminares y como en cualquier nueva técnica debe tenerse en cuenta la experiencia del equipo quirúrgico.

Disección y acceso a vasos cólicos medios durante la realización de la colectomía subtotal por vía laparoscópica

Pinilla Martínez, Diego; Pino Diaz, Verónica; Aparicio Sánchez, Daniel; Alarcón del Agua, Isaías; Socas Macías, María; Barranco Moreno, Antonio; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: El acceso a los vasos cólicos medios es una de las fases más complejas de la realización de una colectomía total/subtotal por vía laparoscópica con fines oncológicos, habiéndose propuesto diversas formas de acceso. Los conceptos actuales de la extirpación completa del mesocolon aportan un paso más a la exéresis de dichos vasos en la raíz para garantizar una correcta disección de las adenopatías de la zona. Aportamos en este video la técnica que realizamos para la correcta disección de los vasos cólicos medios en la Colectomía subtotal laparoscópica.

Técnica quirúrgica-video: El paciente se coloca en decúbito supino con piernas abducidas. Se realiza neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo a 15 mmHg. Se utilizan 5 trocares (1 de 12 mm, 1 de 10 mm y 3 de 5 mm). La clave del procedimiento que presentamos se basa en el inicio de la disección por vía medial del ángulo hepático del colon, accediendo a la base de los vasos ileocólicos y a la cólica derecha desde su salida en el tronco de Henle, para posteriormente movilizar el parietocólico derecho. Una vez movilizado el colon derecho, se procede a la disección por vía medial, por debajo de la vena mesentérica inferior y del ángulo esplénico del colon accediendo al recorrido del cuerpo y cola de pancreas y a la transcavidad de los epiplones. Una vez disecados ambos ángulos se procede a la tracción hacia la pared anterior del abdomen, delimitándose un triangulo que permite la exposición, por el lado derecho de la cabeza del pancreas, y por el lado izquierdo, del cuerpo de pancreas. Esto permite acceder y disecar la base de los vasos cólicos medios para sec-

cionarlos en su base junto con el tejido linfograso de la zona. Posteriormente se completa el procedimiento con la disección de la arteria mesentérica inferior o sus ramas, dependiendo de la altura de la resección, para finalmente seccionar la pieza y realizar la anastomosis.

Conclusión: El acceso a los vasos cólicos medios constituye una de las fases del procedimiento quirúrgico más complejo de la cirugía colorectal, mediante esta técnica estandarizada se consigue una correcta exposición de la zona para su correcta disección.

Cáncer de esófago: Esofagectomía y linfadenectomía mediastínica por toracoscopia

Sánchez-Sánchez Luis Fabricio, Martín-Balbuena Ramón, Ruíz-Luque Virgilio, Sánchez-Gálvez Mariángeles, Aguilar-Luque José, Martínez-García Pablo

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla

Objetivo: Presentamos un video en el que damos a conocer nuestra técnica quirúrgica con el abordaje toracoscópico, para la resección y linfadenectomía de los tumores esofágicos.

Introducción: El abordaje de los tumores esofágicos se puede realizar por cirugía abierta tradicional (Dos o tres campos) o por cirugía mínimamente invasiva. Una esofagectomía mínimamente invasiva (EMI) se puede realizar mediante la resección de esófago torácico y linfadenectomía mediastínica por toracoscopia, combinándola con un abordaje laparoscópico o laparotómico para la resección del esófago intraabdominal, estómago y la linfadenectomía.

Las ventajas de los procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos en relación con un procedimiento abierto incluyen:

- Una mejor preservación de la función pulmonar postoperatoria
- Menos complicaciones postoperatorias.
- Incisiones más pequeñas y menos dolorosas.
- Menor pérdida de sangre intraoperatoria.
- Estancia más corta tanto en la unidad de cuidados intensivos como la estancia hospitalaria global.

Métodos: Elaboramos un video en el que damos a conocer la técnica empleada en éste tipo de tumores en nuestra unidad.

Trombectomía de la arteria mesentérica superior en la isquemia intestinal aguda: abordaje mesentérico o infracólico

Molina Raya, Andrea; Vico Arias, Ana Belén; Milena López, Genaro; Fundora Suárez, Yiliam; Palma Carazo, Pablo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: La isquemia intestinal supone una urgencia abdominal rara (0,9%) con una mortalidad elevada (70-92%).

Objetivos: Presentar el video de un caso infrecuente de trombectomía quirúrgica por abordaje mesentérico en una isquemia intestinal aguda.

Material y métodos: Varón de 81 con FA en tratamiento con Sintrom, EPOC y DM. Consulta por dolor abdominal de 5 horas de evolución iniciado de forma brusca con sensación nauseosa.

Análíticamente: LDH 311, 14540 leucocitos sin neutrofilia, creatinina 2,72, INR 1,67, pH 7,58 con láctico de 3,3.

Angio-TC con “hallazgos compatibles con isquemia intestinal por probable trombo a 5,8 cm del origen de la arteria mesentérica superior (AMS); signos de hipoperfusión de la pared de asas de intestino delgado así como hiperdensidad de la grasa mesentérica y distensión generalizada intestinal”.

Se interviene de forma urgente comenzando por laparoscopia para comprobar viabilidad intestinal. Evidenciamos isquemia con afectación extensa de intestino delgado, quedando preservados 60 cm de yeyuno y los últimos 50 de íleon; marco cólico sin afectación. Se convierte a vía abierta, realizando resección del segmento afecto con Endo-GIA. Abordaje de la AMS a nivel mesentérico, identificando la arteria por tracción del ángulo de Treitz. Arteriotomía transversa con introducción de Fogarty para realizar trombectomía e irrigación de heparina en ambos extremos (se completa anticoagulación con heparina sódica IV 3mg/kg en bolo y perfusión posteriormente). Extracción de trombo de unos 2 cm; comprobación de mejoría de coloración de asas ileales. Anastomosis yeyuno-ileal latero-lateral mecánica.

Resultados: Necesidad de apoyo con noradrenalina y transfusión de 1 CH intraoperatoriamente.

Extubado a las 24 horas con normalización de los parámetros analíticos y mejoría clínica en el post-operatorio.

Conclusión: La baja especificidad de la clínica de la isquemia intestinal dificulta su diagnóstico precoz, limitando las posibilidades terapéuticas y de supervivencia. La rápida actuación es fundamental.

Abordaje laparoscópico de perforación intestinal por espina de pescado

Gonzales Aguilar, Jhonny David, Arteaga Peralta, Vladimir; Valenzuela Torres, Jose del Carmen; Garcia Amador, Cristina; Lopez Marcano, Ayhlin, Medina Velasco, Anibal; Labalde Martinez, Maria; De La Plaza Llamas, Roberto; Ramia Angel, Jose Manuel

Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción: La perforación intestinal producida por cuerpos extraños es infrecuente, ocurre generalmente por ingesta involuntaria durante la comida.

Alrededor del 1% de los cuerpos extraños provocan una perforación intestinal, pudiendo perforar cualquier punto del tracto digestivo, pero con más frecuencia en aquellos segmentos con una angulación cerrada como el Píloro, el ángulo de Traitz, la válvula ileocecal y la unión rectosigmoidea.

Materiales y métodos: Varón de 43 años con antecedentes de hernia de hiato que acude al servicio de urgencia por dolor abdominal en mesogastrio de 48h de evolución, presentaba un abdomen con dolor difuso a la palpación, leve defensa y dudosos signos de peritonismo.

En la analítica destacaba, leucocitosis con neutrofilia del 85% y una proteína c reactiva de 205; la radiografía de tórax y abdomen no presentaba alteraciones; ante la persistencia del dolor se realizó TC Abdomino pélvico donde se evidencia un cuerpo extraño de forma lineal hiperdensa de unos 3cm que perfora un asa intestinal (sugerente de espina de pescado).

Resultados: Se procedió a realizar una laparoscopia exploradora donde se encontró una espina de pescado perforando el asa de yeyuno en su borde mesentérico; se extrajo dicho cuerpo extraño seguida de sutura con puntos simples para cerrar orificio intestinal, no se dejó drenaje y se prescribió antibióterapia intravenosa. Fue dado de alta al tercer día sin complicaciones.

Conclusiones: La perforación intestinal secundaria a cuerpo extraño es infrecuente, siendo mayor aun a nivel yeyunal el cual tiene una incidencia de 14,3% aproximadamente

La espina de pescado es el cuerpo extraño más frecuentemente encontrado en la perforación gastrointestinal siendo por lo general radiotransparente y por ello no se visualiza en las radiografías, siendo necesario en la mayoría de casos realizar una TC para el diagnóstico.

La evidencia del neumoperitoneo es poco frecuente pues la perforación suele estar sellada por estructuras adyacentes o el propio cuerpo extraño.

El tratamiento en estos casos es quirúrgico, encontrándose pocos casos publicados de abordaje laparoscópico como es nuestro caso, que presentamos en este video

Abordaje videotoroscópico diferido de hernia diafragmática tras traumatismo toracoabdominal por arma blanca

Romacho López, L.; Aranda Narváez, J.M.; Titos García, A.; González Sánchez, A.J.; Cabrera Serna, I.; Blanco Elena, J.A.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: Las rupturas traumáticas del diafragma son diagnosticadas con mayor frecuencia en el lado izquierdo. Los traumatismos cerrados producen grandes desgarramientos radiales frente a pequeñas perforaciones en los penetrantes que pueden pasarse por alto y manifestarse tardíamente.

Caso clínico: Paciente de 60 años sin antecedentes destacables que recibe 3 puñaladas en el hemitórax izquierdo: paraesternal inferior de unos 2 cm a nivel del 7º espacio intercostal, en línea media axilar de 1,5 cm en el 8º espacio intercostal y la última, en línea axilar posterior a la misma altura y centimétrica.

Un TAC tóracoabdominal evidenció la existencia de una fractura del 8º arco costal izquierdo e imágenes compatibles con una contusión pulmonar junto a derrame pleural moderado izquierdo. Además, una laceración esplénica grado II de la AAST con lesión del hemidiafragma suprayacente.

Por el elevado riesgo de evisceración, se le ofreció al paciente laparotomía exploradora pero la rechazó.

El paciente ingresó a cargo de cirugía para observación de la lesión esplénica y a las 48h, decidió intervenir.

Ante una lesión esplénica estable, planteamos un abordaje videotoracoscópico con la colaboración de cirugía torácica. Intraoperatoriamente, pudimos visualizar como la lesión a nivel de la línea media axilar había penetrado en cavidad pleural desde el abdomen produciendo un defecto diafragmático de unos 3 cm por el que se había herniado epiplón que se redujo y suturó el defecto.

Alta a los 4 días sin incidencias.

Discusión: Una lesión diafragmática tras un traumatismo es criterio de exploración quirúrgica urgente.

En un paciente inestable con otras lesiones asociadas, la laparotomía es la vía indicada.

Tener lesiones abdominales Descartar una vía de acceso diferente.

Sin embargo, el singular desarrollo de este caso permitió una cirugía vía torácica diferida, tras comprobar la estabilidad de la lesión esplénica.

Cirugía de urgencias en caso de aneurisma de arteria esplénica roto: a propósito de un caso

Romacho López, L.; Ruiz López, M.; Montiel Casado, M.C.; Moreno Ruiz, J.; Aranda Narváez, J.M.; González Sánchez, A.J.; Rodríguez Silva, C.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El aneurisma de arteria esplénica supone el 70% de los aneurismas arteriales viscerales siendo el más frecuente junto al de la arteria hepática (20%). Son más frecuentes en mujeres y el 80% se diagnostican en pacientes > 50 años. Solitarios, saculares y se ubican en el tercio distal de

la arteria. Su aparición se asocia a condiciones de alto flujo como el embarazo, malformaciones arteriovenosas y la hipertensión portal.

Presentamos el abordaje de un aneurisma esplénico asintomático que debutó con una ruptura.

Caso clínico: Paciente de 48 años múltipara y con alergia a los contrastes yodados. Historia de cólicos biliares de repetición, motivo por el cual se había realizado una resonancia que describía litiasis renal derecha y una aneurisma de la arteria esplénica de 37mm.

Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal agudo de 2 horas de evolución asociado a hipotensión marcada. Se produce una disociación electromecánica que requiere maniobras de RCP avanzadas, consiguiendo latido efectivo.

Ingreso en la unidad de cuidados intensivos donde tras ecoFAST se evidencia la presencia de líquido libre intraabdominal. Cirugía indica laparotomía exploradora urgente.

Existía un hemoperitoneo de 3 L. Se realizó un packing por compartimentos que fue retirándose hasta localizar el sangrado a nivel de la arteria esplénica. Existía un aneurisma verdadero roto en el vértice del saco que fue ligado en su base. Tras comprobar hemostasia, se realizó un nuevo packing y se colocó un sistema de presión negativa para abdomen abierto.

En la cirugía de revisión a las 48h, se evidenció una isquemia colónica masiva, siendo éxitus a las 12h.

Discusión: La ruptura de un aneurisma es una situación emergente que requiere una alta sospecha y una actitud rápida y certera, donde la cirugía de control de daños y el ATLS son fundamentales.