

VÍDEOS

Gastrectomía vertical laparoscópica + hernioplastia concomitante en el obeso mórbido

Rodríguez Silva, Cristina; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; García Albiach, Beatriz; Gámez Córdoba, María Esther; López Rueda, Blas; Bondía Navarro, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: En el obeso mórbido, es frecuente la presencia de hernias de pared abdominal, en la mayoría de casos, muy sintomáticas. En la práctica clínica, su reparación es técnicamente muy demandante y en algunos casos, resulta controvertida. No obstante, durante el postoperatorio de una cirugía bariátrica, las complicaciones inherentes a una hernia abdominal no reparada, pueden llegar a ser fatales.

Caso clínico: De acuerdo con las guías actuales, presentamos nuestro caso clínico: varón de 52 años, obeso mórbido con IMC de 76 kg/m², hipertenso, diabético de larga evolución, SAOS y cardiópata. Presenta hernia umbilical de moderado tamaño, muy sintomática, refiriendo el enfermo cuadros de dolor abdominal en los meses previos en relación a la misma. Dado el riesgo de incarceration herniaria durante el postoperatorio, se decide realización de gastrectomía vertical laparoscópica y hernioplastia con malla Proceed®.

El curso postoperatorio fue excelente, siendo alta domiciliaria en tercer día postoperatorio, sin incidencias a destacar.

La hernioplastia concomitante a la cirugía bariátrica es un procedimiento factible, seguro, con excelentes resultados postoperatorios, proporcionando una mejora de la calidad de vida y evitando potenciales complicaciones en el postoperatorio.

Linfangioma quístico mesenterico gigante

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Beatriz García Albiach, Alberto Rodríguez Cañete, Laura Romacho Javier Moreno Ruiz, Blas Lopez Rueda, Jose Antonio Bondía Navarro, Julio Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Los quistes mesentericos son tumoraciones benignas muy poco frecuentes y existe un conocimiento escaso de la enfermedad. Presentan una incidencia próxima a 1/100.000 ingresos en adultos y de 1/20.000 en niños, siendo los de origen linfático y mesenquimal los más frecuentes. No parece existir una edad típica de presentación, si bien los autores coinciden en una mayor frecuencia en el sexo femenino y en la edad adulta. Aproximadamente el 50% cursa de forma asintomática; el dolor abdominal leve y difuso es la manifestación clínica mas frecuente. Otros síntomas

dependen del tamaño y la localización. La Ecografía y la TAC son las exploraciones complementarias más utiles para su estudio.

Caso clínico: Presentamos un varón de 40 años, que tiene como único antecedente una hernia de hiato con reflujo gastroesofágico en tratamiento con IBP. Acude a la consulta por distensión abdominal progresiva en los ultimos nueve meses, con molestias inespecíficas y saciedad precoz. Se realiza EGD que aprecia posible masa con desplazamiento de asas, tras lo que solicita TC de Abdomen donde se observa una gran masa quística dependiente del mesenterio 16 × 14 × 23 cm que desplaza lateralmente las asas de intestino delgado, sugente de quiste mesenterico. Se realizó un resección del quiste por vía laparoscópica previo vaciamiento del contenido para así facilitar la resección del mismo. Se comprobó que dependía del retroperitoneo, sin afectar asas intestinales. El resultado anatomopatológico definitivo fué de linfangiomas quístico, y el paciente presentó un postoperatorio de dos días sin incidencias.

Discusión: Quiste mesenterico se denomina a toda tumoración de contenido líquido de cualquier origen patogenico que se sitúa entre las 2 hojas del mesenterio. Pueden aparecer en cualquier lugar del mesenterio, desde el duodeno hasta el recto, y su localización mas frecuente es en el mesenterio del intestino delgado. Los más frecuentes son los quistes de origen linfático y los de origen mesotelial, y es importante conocer que ambos tipos de lesiones presentan un comportamiento diferente. Así, mientras los quistes linfáticos simples y los quistes mesoteliales simples suelen permanecer asintomáticos en el curso del tiempo, los linfangiomas quísticos y los mesoteliomas quísticos pueden mostrar agresividad y un comportamiento invasivo. Clásicamente, estas lesiones se han descrito como asintomáticas, y con frecuencia aparecen descritas como hallazgos incidentales durante una cirugía. El dolor abdominal de tipo sordo y poco localizado parece ser el síntoma mas frecuente en la edad adulta.

La Ecografía abdominal es la primera técnica que debemos realizar ya que en las lesiones quísticas aporta mucha información, como el contenido de la lesión, la existencia de septos, etc., si bien generalmente es la TAC abdominal la técnica que nos permite definir de forma correcta el tamaño, la localización y, en ocasiones, la dependencia de la lesión.

El tratamiento de elección es la exeresis quirúrgica del quiste, incluso en los casos asintomáticos, ya que la posibilidad de que se produzca un crecimiento sintomático o de que aparezcan complicaciones graves es elevada. La punción y vaciado del quiste presenta demasiadas recidivas para su realización de forma sistemática.

Leiomioma esofágico: resección laparoscópica

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Cristina Rodriguez Silva, Javier Moreno Ruiz, Beatriz Garcia Albiach, Esther Gamez Cordoba, Alberto Rodriguez Cañete, Blas Lopez Rueda, Jose Antonio Bondia Navarro, Julio Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Una gran variedad de lesiones esofágicas benignas se diagnostican durante exploraciones endoscópica o radiológicas. La mayoría son asintomáticos y no tienen potencial maligno; pero pueden representar un desafío en el establecimiento de un diagnóstico exacto. Las lesiones benignas son raras en comparación con los carcinomas.³

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 35 años sin antecedentes de interés con historia previa de años de evolución de regurgitación y pirosis retroesternal, que consulta por aparición en los últimos meses de disfagia progresiva. Se realizó un EGD donde se evidencia una masa ovoídea en esófago distal de bordes lisos y un reflujo gastroesofágico. En el TC de abdomen se observa una lesión pólipóidea en esófago distal a 1 cm del cardias en el lado derecho de 1,6 x 1 cm sugerente de lipoma. La endoscopia digestiva informa de una lesión pólipóidea submucosa a 36 cm de la arcada dentaria; se tomó una biopsia que informo de leiomioma. El paciente se intervino por laparoscopia realizando una enucleación del tumor y una funduplicatura tipo Toupet. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, reintroduciendo la dieta tras realizar un EGD normal, siendo alta al quinto día de la cirugía. Actualmente a los 3 meses de la cirugía el paciente se encuentra completamente asintomático. La biopsia definitiva confirmó la sospecha de leiomioma.

Discusión: Los leiomiomas y leiomiomasarcomas son poco frecuentes en el tracto digestivo, la mayoría de los tumores mesenquimales que afectan al esófago son leiomiomas. Los leiomiomas son más comunes en los hombres. En el esófago los tumores mesenquimales son más comunes en los tercios medio y distal, por lo general son pequeños y asintomáticos, pero en ocasiones crecen a un tamaño enorme y producen disfagia.^{2,3}

La cirugía está indicada en tumores sintomáticos, crecimiento progresivo, cambios estructurales o sospecha de malignidad.^{2,3}

La enucleación del leiomioma puede realizarse mediante toracoscopia o laparoscopia, en función de su localización.³

El riesgo de lesión de la mucosa esofágica es del 10%. La cirugía mínimamente invasiva es posible, con resultados similares al abordaje abierto, asociando todas las ventajas propias de la laparoscopia.

Empleo de la cirugía laparoscópica en la cirugía de revisión de los catéteres de diálisis peritoneal.

M^a De Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Susana Roldan Ortiz, Daniel Perez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, M^a Carmen Bazan Hinojo, María Sanchez Ramirez, M^a Dolores

Casado Maestre, M^a Jesus Castro Santiago, José Luis Fernandez Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cadiz

Introducción: La diálisis peritoneal continua ambulatoria es una opción para pacientes que requieren diálisis y a quienes, por razones individuales o sociales, no se les puede realizar hemodiálisis. Su éxito depende del adecuado funcionamiento del catéter implantado. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran el desplazamiento de la punta, su atramiento por el epiplon o las diferentes complicaciones infecciosas. Presentamos dos casos de cirugía de salvamento de dichos catéteres por abordaje laparoscópico.

Material y método: Caso n^o1: Varón de 56 años con IRC por poliquistosis renal bilateral. Presentaba malfuncionamiento del catéter de diálisis peritoneal tipo Tenckhoff por atrapamiento del mismo por epiplón. Se realiza TAC abdominal apreciándose dicho atrapamiento y se decide realizar abordaje laparoscópico para liberación y reposicionamiento del catéter. Caso n^o2: Paciente de 53 años portador de catéter de Tenckhoff por nefropatía crónica no filiada. Se aprecia mediante TAC abdominal desplazamiento del tope intraabdominal y atrapamiento del mismo por epiplón que causa malfuncionamiento. Se decide abordaje laparoscópico para reposicionamiento. En ambos casos se emplearon 3 trocáres (uno de 11 mm para la óptica y 2 de 5 mm). Trocar óptico supraumbilical, hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha. Se comprobó intraoperatoriamente la función de ambos catéteres.

Resultados: En ambos casos se consiguió la liberación del catéter y su reposicionamiento mediante abordaje laparoscópico. En el segundo caso fue preciso realizar incisión de 12 mm infraumbilical para recolocación de tope a nivel preperitoneal y fue necesario cortar el catéter debido a la talla del paciente. En ambos la función fue adecuada tras la cirugía.

Conclusiones: El éxito de los programas de diálisis peritoneal depende de una adecuada colocación de los catéteres y de la ausencia de complicaciones quirúrgicas tras su implantación. El Catéter diseñado por Tenckhoff es el más empleado en la actualidad, pero no está exento de complicaciones. La cirugía de salvamento de estos catéteres puede aumentar la supervivencia de los mismos sobre todo en los casos de complicaciones mecánicas, y estas en ocasiones pueden realizarse por abordaje laparoscópico, que se muestra como un método tanto diagnóstico de la causa de malfuncionamiento como terapéutico.

Sistema VAC en abdomen abierto. Técnica de instilación

Juan José Segura Sampedro, Felipe Pareja Ciuró, Mercedes Flores Cortes, Rosa Jiménez Rodríguez, Isaías Alarcón Del Agua, Francisco López Bernal, Cristobalina Martín García, Javier Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Presentamos la técnica de instilación de Terapia VAC en el abdomen abierto.

Video en el que se presenta la técnica de colocación, vacío e

instilación sobre abdomen abierto cubierto por malla abdominal y protegido por apósitos grasos.

En este caso se logró controlar la infección sobre la malla abdominal (E. Coli) así como el cierre primario tras 12 días de terapia.

El sistema de instilación nos permite el rescate de prótesis abdominales infectadas así como el cierre de pared abdominal, disminuyendo tiempos de ingreso y comorbilidades. Para su correcto funcionamiento es fundamental una buena técnica de colocación y manejo.

Sección distal del recto con carga radial trisuple de covidien

Ramallo Solis IM, Tinoco González J, Díaz Pavón JM, García Cabrera AM, Gollonet Carnicero JL, Jimenez Rodriguez RM, Palacions González C, Sánchez Gil JM, Vazquez Monchul J, Padillo Ruiz FJ, De La Portilla de Juan F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La cirugía del cáncer de recto requiere unos márgenes de seguridad oncológicos que reduzcan al mínimo la incidencia de las recidivas locales y aporten una adecuada supervivencia. La técnica quirúrgica de elección para aquellos tumores localizados en recto sin afectación del aparato esfinteriano es la resección anterior baja/ultrabaja con ETM. La complejidad de la anatomía pelviana y la limitación de las maniobras en las zonas más estrechas, sigue suponiendo un reto para el cirujano coloproctólogo. Para la sección distal de la pieza existen diferentes instrumentos y posibilidades. El objetivo del presente vídeo es mostrar diferentes formas de uso de un dispositivo con carga radial en un abordaje laparotómico, laparoscópico y robótico.

Material y método: Presentamos un vídeo en el que se muestra la sección rectal con un dispositivo Endo TM GIA Radial con tecnología Trisuple™ carga morada en 4 pacientes con cáncer de recto tras la realización de RAB con ETM. Una intervención laparotómica, dos laparoscópicas y un procedimiento robótico. Todas ellas realizadas por el mismo cirujano y en las que se evaluó, de forma subjetiva, dicho dispositivo en términos de visibilidad y facilidad de colocación de la grapadora en la zona de corte seleccionada.

Resultados: La nueva carga radial de Covidien® se usó en 4 pacientes con Ca.Recto. Durante la cirugía no se detectaron incidencias con respecto al dispositivo. En las cirugías por vía laparoscópica se introdujo el dispositivo a través del orificio del trócar de 12 mm en FID sin necesidad de realizar incisión, completando la movilización y la sección de la pieza íntegramente por vía laparoscópica. Aporta una buena visibilidad de la pieza aunque presenta cierta dificultad para su colocación en la pelvis.

Conclusiones: Existen diferentes dispositivos para la sección distal del recto. La nueva cara radial de Covidien® ofrece una alternativa a las máquinas grapadoras ya conocidas. Sus tres líneas de ágrafes realizan un grapado seguro y aportan buena visibilidad, aunque aún existe dificultad para su introducción: en la pelvis.

Colocación de malla paraestomal profiláctica en espacio preperitoneal con separador Alexis®.

Juan Antonio Díaz Milanés, Javier Valdés Hernández, Luis Capitán Morales, Francisco del Río Lafuente, Julia Piñán Díez, Marina Infantes Ormad, Fernando Oliva Mompeán, Francisco Javier Padillo Ruíz.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La eventración paraestomal es la complicación más frecuente de las ostomías. Solo un tercio de éstas se intervienen, hecho que en parte se explica por el alto índice de recidivas observadas tras la reparación de las mismas. La utilización de materiales protésicos ha mejorado los resultados, aunque siguen estando por debajo de lo ideal. Por esta razón, se ha propuesto que la mejor estrategia para combatirla puede estar en prevenir su aparición. Existen varios trabajos cuyos resultados muestran una reducción muy significativa de la incidencia de hernia paraestomal al colocar una prótesis periestomal profiláctica.

Caso clínico: Presentamos el vídeo de nuestra experiencia en la implantación periestomal de malla de polipropileno en espacio preperitoneal como profilaxis de hernia paraestomal en colostomías terminales en pacientes intervenidos por neoplasia rectal.

Conclusiones: La aplicación de una malla de polipropileno en espacio preperitoneal es un método seguro y fácilmente reproducible sin suponer un aumento significativo del tiempo operatorio, no asociando morbilidad a la técnica quirúrgica, y disminuyendo de forma evidente la incidencia de hernia paraestomal.

Cirugía intragástrica por puerto único en el manejo de los tumores gástricos benignos y GIST

S. Morales-Conde, D. Aparicio Sánchez, I Alarcón del Agua, V. Pino Díaz, E. Perea del Pozo, M. Socas, A. Barranco y FJ Padillo Ruiz.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Los nuevos avances en cirugía mínimamente invasiva han permitido abordar tumores gástricos benignos o GIST a través de puerto único. Presentamos la técnica I-EASI (Cirugía por puerto único asistida por endoscopia intragástrica) en dos pacientes con tumores localizados en la unión gastroduodenal (UGD) y en la unión gastroesofágica (UGE).

Presentamos el caso de dos pacientes. En uno de ellos existe un tumor en la unión gastroesofágica y otro en la unión gastroduodenal. Ambos son abordados mediante la técnica I-EASI que se inicia mediante laparoscopia convencional utilizando tres trócares de 5 mm: supraumbilical (óptica de 30°), en el cuadrante superior derecho e izquierdo. Se realiza laparoscopia exploradora y gastroscopia para confirmar la ubicación de la lesión. Posteriormente se realiza gastrotomía de 1,5 cm en la pared anterior del estómago, lejos de la lesión, usando el bisturí armónico (Cirugía de Ethicon Endo, Cincinnati, OH, EE.UU). Se amplía a 1,5 cm de la incisión anterior de 5 mm del cuadrante superior derecho y se coloca

el introductor del puerto único multicanal, TriPort Plus (Advanced Surgical Concepts, Irlanda) bajo visión laparoscópica a través de la pared abdominal y de la gastrostomía. El eje de auto-expansión del TriPort Plus sujeta firmemente la pared abdominal y el estómago permitiendo la insuflación con CO₂ del estómago.

La óptica de 30° junto con una pinza atraumática roticulator (Covidien, Mansfield, MA, EE.UU.) e instrumentos laparoscópicos estándar se introdujeron a través del dispositivo de puerto único con el fin de trabajar en el interior del estómago. El tumor se reseca con bisturí armónico, respetando la capa muscular de la UGD o de la UGE. A la vez el endoscopio introducido en la cavidad abdominal puede ofrecernos una buena tracción del tumor. El defecto de la mucosa se repara con sutura continua absorbible intracorpórea).

Se comprueba un buen paso por la UGD o la UGE mediante la salida y la entrada del gastroscopio una vez que el defecto ha sido reparado. Se introdujo bolsa endoscópica por el dispositivo de puerto único para introducir la muestra y extraerlo a través de la boca del paciente. La gastrotomía se cierra con cuatro puntos simples intracorpóreos absorbibles. El estómago se insufla y se observa la ausencia de fuga en la pared anterior del estómago.

En conclusión la I-EASI se presenta como una técnica a tener en cuenta en el futuro para el abordaje de tumores en la UGD y la UGD con asistencia endoscópica lo cual facilita el acceso a estos tumores gracias a la posibilidad de trabajo en una nueva cavidad (cámara gástrica) y una mínima invasividad hacia el paciente.

Complicaciones en la cirugía inguinal por laparoscopia extraperitoneal (TEP)

Suárez Grau JM, Guadalajara Jurado FJ, Gómez Menchero J, Bellido Luque JA.

Hospital General Básico de Riotinto

Introducción: La reparación de la hernia inguinal totalmente extraperitoneal es una de las cirugías laparoscópicas que sufren una larga curva de aprendizaje por su complejidad. En esta curva se pueden suceder múltiples acontecimientos adversos. Su conocimiento así como correcta identificación y forma de repararlos es imprescindible para terminar la formación en hernia inguinal por laparoscopia

Material y Métodos: Se expone en un video ilustrativo varias complicaciones, desde las más usuales (hemorragia, ruptura peritoneal), hasta otras más inusuales. Finalmente mostramos la complicación que puede ocurrir si no se tiene en cuenta complicaciones tan usuales como la ruptura peritoneal (cuadro de obstrucción intestinal por adhesión de las asas de intestino delgado a la hernioplastia).

Discusión: Las hemorragias por tracción y las rupturas peritoneales son las complicaciones más usuales. Generalmente son fácilmente controlables y requieren a veces la conversión a TAPP para solucionarlas.

Otras complicaciones más inusuales suelen presentarse a medida en que se avanza en la técnica. El uso de nuevos

materiales requiere conocimiento de los mismos y las posibles complicaciones potenciales que pueden provocar.

Conclusiones: Las complicaciones en el TEP son frecuentes en al fase de aprendizaje, pero generalmente son reparables, por lo que su conocimiento es importante para solventarlas sin que conlleve una conversión a cirugía abierta.

Uso de Suturas autofijables (barbadas) en Cirugía Laparoscópica

Suárez Grau JM, Bellido Luque JA, Gómez Menchero J, Guadalajara Jurado FJ

Hospital General Básico de Riotinto

Introducción: Las nuevas suturas autofijables barbadas (o espigadas) han proporcionado un gran avance en el campo de la cirugía laparoscópica, ya que evitan la necesidad mantener la tensión, ahorrando tiempo quirúrgico y haciendo la cirugía más cómoda.

Material y método: Mostramos un video ilustrativo de los usos actuales en nuestro servicio de cirugía de las suturas autofijables. Cierre del peritoneo en TAPP Cierre del defecto en la eventración por laparoscopia. Plicatura en la diástasis de rectos por laparoscopia Anastomosis intracorpórea en hemicolectomía derecha por laparoscopia Cierre de perforación de víscera hueca

Resultados: El uso de estas suturas ha permitido el desarrollo de nuevas técnicas con mayor comodidad y seguridad. En todos los usos planteados no hemos tenido complicaciones relacionadas con su utilización.

Conclusiones: Las nuevas suturas barbadas ofrecen las ventajas que se esperaban. El ahorro en tiempo y la comodidad que proporcionan es factible. Es preciso un aprendizaje corto para realizar los procedimientos descritos con soltura, pero una vez pasada esa curva de aprendizaje de poco tiempo, su uso es fácilmente reproducible y seguro.

Resección simultánea de metástasis pulmonares y hepáticas por vía transtorácica

Romacho López, Laura; Fernández Aguilar, Jose Luis; Sánchez Pérez, Belinda; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Pérez Daga, Jose Antonio; Díaz León, Francisco Javier; Rodríguez Silva, Cristina; Gámez Córdoba, M^o Esther; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario, Málaga

Introducción: Los continuos avances en el tratamiento quimioterápico de cáncer colorectal, han hecho posible el tratamiento quirúrgico en situaciones cada vez más complejas, con estrategias oncoquirúrgicas novedosas e individualizadas, como el ALLPS o la terapia inversa.

Una situación cada vez más frecuente es la presencia de enfermedad metastásica pulmonar y hepática simultánea. El tratamiento estándar es la resección secuencial hepática y pulmonar.

Sin embargo, en casos seleccionados con metástasis en seg-

mentos inferiores del pulmón derecho y superiores hepáticos, se puede plantear una resección simultánea por vía torácica transdiafragmática.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 64 años diagnosticada de una neoplasia de sigma (T₃N₂M₀) e intervenida mediante sigmoidectomía oncológica en noviembre de 2010. Posteriormente, recibió tratamiento con esquema Folfox adyuvante.

A los 2 años, fue diagnosticada de una lesión de 12 mm en el segmento VIII hepático sugestiva de malignidad. Se realizó un PET, que confirmó la elevada actividad metabólica de la lesión hepática y reveló la existencia de una nueva lesión hipermetabólica de 8 mm en pulmón derecho. Se decidió tratar con radiofrecuencia la lesión hepática y seguimiento en la pulmonar.

Pasados 6 meses, un nuevo PET mostró un aumento de la actividad de la lesión del S-VIII hepático (SUV 6,5) y dos lesiones en pulmón derecho: lóbulo medio de 1,4 mm (SUV 4,5) y lóbulo inferior de 10 mm (SUV de 3,5); sin evidencia de enfermedad en otro nivel. Ante estos hallazgos, fue evaluada en el comité oncológico decidiéndose tratamiento quirúrgico de las lesiones. Dada la proximidad de las lesiones, se planteó un abordaje simultáneo transdiafragmático por toracotomía derecha. Se realizó una toracotomía posterolateral a nivel del 8º espacio intercostal. Tras la localización de las lesiones con palpación digital y habiendo descartado la existencia de otras nuevas, se realizó la resección de las mismas con endograpadora. Tras frenotomía periférica, se exploró manual y ecográficamente el hígado sin evidenciar nuevas lesiones y se realizó una resección limitada del S-8 utilizando Ultracision y Aquamantis. Finalmente, se procedió al cierre diafragmático y posterior cierre de la toracotomía, dejando un tubo torácico.

Discusión: El abordaje transtorácico de la enfermedad metastásica hepática es una técnica factible y segura en casos seleccionados.

Estaría indicada en lesiones ubicadas en los segmentos VII, VIII y IVa. Asimismo, puede ser un recurso en pacientes que previamente han sido sometidos a una cirugía abdominal mayor múltiple o complicada, evitando la morbilidad asociada al abdomen operado.

Cirugía laparoscópica con anastomosis extracorpórea en isquemia por hernia interna

M^a Teresa Sánchez Barrón, Elena Sanchiz Cárdenas, Luis Lobato Bancalero, Javier Rivera Castellano, Jorge Francisco Roldán de la Rúa, Miguel Ángel Suárez Muñoz.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

Las hernias internas son una rara causa de obstrucción de intestino delgado con una incidencia de un 0,2%-0,9%. Implican la herniación de una víscera a través de una apertura normal o anormal dentro de la cavidad peritoneal. El diagnóstico preoperatorio, tanto clínico como por imágenes, es difícil debido a que los síntomas pueden variar desde leve malestar abdominal hasta la obstrucción intestinal aguda y los hallazgos imagenológicos pueden ser confusos. La mayoría causan malestar epigástrico, dolor periumbilical y episodios recurrentes

de obstrucción intestinal. Las localizaciones y frecuencia relativa de ocurrencia de hernias internas son: paraduodenal, 53%, pericecal, 13%, foramen de Winslow, 8%, transmesenterica y transmesocolica, 8%, pélvica y supravesical, 6%, mesocolon sigmoides, 6%, transomental, 1-4%, y retroanastomótica, 5%.

Presentamos el caso de un varón de 66 años, con antecedentes de DM2, prostatismo, glaucoma y trastorno psiquiátrico, intervenido de fractura de fémur, hernia inguinal derecha y trasplante de córnea. Acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de varios días de evolución, junto con vómitos y ausencia de deposiciones. A la exploración presenta un abdomen distendido y timpanizado, doloroso de manera difusa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Se coloca sonda nasogástrica, saliendo contenido intestinal alto. En cuanto a las pruebas complementarias, presenta una analítica sin alteraciones; una radiografía simple de abdomen con dilatación de asas de delgado y patrón en miga de pan a nivel de marco cólico; y un TC abdomen con dilatación de asas de intestino delgado yeyunales y porción proximal de ileon sin identificar claro punto de cambio de calibre aunque parece situarse en fosa iliaca derecha, y líquido libre periesplénico, perihéptico y en Douglas indicativo de sufrimiento de asas. Se decide laparoscopia exploradora, evidenciando hernia interna a nivel de epiplón mayor con doble anillo de constricción a nivel de asa de ileon de unos 30cm, con signos de congestión venosa. Se realiza resección intestinal y anastomosis L-L mecánica isoperistáltica extracorpórea, extrayendo la pieza mediante minilaparotomía de asistencia tipo Pfannestiel.

El paciente presenta un ileo postoperatorio que se resuelve de manera conservadora siendo dado de alta al 9º día sin complicaciones. La anatomía patológica informa de enteritis isquémica subaguda y peritonitis adyacente.

Las hernias internas constituyen una causa rara de obstrucción intestinal. Pueden ser congénitas o adquiridas, teniendo en cuenta dentro de estas las postquirúrgicas. El diagnóstico por imagen es dificultoso, pero presenta signos que nos deben hacer sospechar la etiología.

La laparoscopia constituye una prueba diagnóstica de importante valor en casos dudosos y permite un abordaje terapéutico con conocidas ventajas para el paciente.

Cirugía laparoscópica de feocromocitoma hereditario en el von hippel lindau

M^a Teresa Sánchez Barrón, Javier Rivera Castellano, Luis Hinojosa Arco, Luis Tomás Ocaña Wilhemi, Enrique Glückmann Maldonado, Jorge Fco Roldán de la Rúa, Miguel Ángel Suárez Muñoz.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

El síndrome de Von Hippel Lindau, conocido como angiomas familiar cerebeloretinial, hemangioblastomatosis o angiofacomatosis retiniano y cerebelosa, es una enfermedad rara de carácter hereditario autosómico dominante, dentro del grupo de las facomatosis. La causa es la mutación de ambos alelos del grupo VHL en el cromosoma 3, una causada por factores genéticos y otra por una mutación de novo. Se caracteriza por un crecimiento anormal de vasos retinianos y

cerebelosos y por un aumento de la predisposición a tumores renales (carcinomas, feocromocitomas), del sistema nervioso central (hemangioblastomas en cerebelo) y por afectar la retina (angiomatosis). Presentamos el caso de un segundo tumor en una paciente joven con síndrome de Von Hippel Lindau, para resaltar la importancia del seguimiento para el diagnóstico precoz en este tipo de pacientes y del papel de la laparoscopia, sobre todo, en el tratamiento.

Presentamos el caso de una paciente de 22 años con antecedentes familiares de Von Hippel Lindau en madre, abuela y dos tíos y con diagnóstico del mismo a los 8 años por la mutación R161Q en el exón 3. Intervenido en 2007 de paraganglioma paraaórtico por laparoscopia y en tratamiento actual con doxazosina 4mg. Acude a consulta de Endocrinología por ligera hipertensión arterial y durante el estudio se descubre un aumento de catecolaminas en orina, con los siguientes valores: norepinefrina 797mcg/24h, epinefrina 12, dopamina 131, metanefrina 59, normetanefrina 2515 (x5) y metoxitiramina 179. Se realiza gammagrafía con MIBG (yodo-131-metilyodobenzilguanidina) y octreoscan (rastreo gammagráfico de receptores de somatostatina) siendo ambos negativos; y se completa estudio con PET que informa de lesión hipercaptante en glándula suprarrenal izquierda compatible con infiltración por neoplasia de células cromafines (25mm) sin evidencia de enfermedad a otros niveles. Se decide cirugía, programando una suprarrenalectomía izquierda laparoscópica. Para ello la paciente es preparada previamente con fenoxibenzamina 10mg (antagonista no competitivo alfa 1 postsináptico y alfa2 presináptico) en dosis crecientes viendo semanalmente la tolerancia a las mismas.

La paciente evoluciona favorablemente en planta, siendo dada de alta al 3º día postoperatoria y con un excelente control de la tensión arterial, sin necesidad de antihipertensivos en planta. La anatomía patológica informa de pieza de adrenalectomía con proliferación celular de tipo paraganglioma, de unos 2,5cm, totalmente extirpado con bordes libres.

El pronóstico de los pacientes con Von Hippel Lindau está directamente relacionado con el conocimiento de los antecedentes genéticos familiares, y con la frecuencia de exámenes periódicos. Ya que cerca de un 97% de los casos cuentan con antecedentes familiares conocidos, es posible establecer un diagnóstico temprano mediante un examen anual de retina, la determinación de catecolaminas en orina, ácido vanilmandélico y metanefrinas (con posterior localización de la lesión con TC, RMN y/o gammagrafía con MIBG) y la realización de RMN de cráneo y médula espinal con gadolinio cada 2 años.

Igualmente, resaltar el papel de la laparoscopia como abordaje de elección en este tipo de cirugía.

Cirugía laparoscópica de gist en 1ª asa yeyunal

Mª Teresa Sánchez Barrón, J. F. Roldán de la Rúa, Luis Lobato Bancalero, J. Rivera Castellano, Elena Sanchiz Cárdenas, Resi de Luna Díaz, M. Á. Suárez Muñoz.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores con características especiales que facilitan su tratamiento quirúrgico y hacen que la cirugía sea el arma terapéutica clave

en su manejo: raramente desarrollan metástasis a nivel linfático, lo que hace innecesaria la linfadenectomía; poseen un crecimiento exofítico extraluminal, lo que los hace fácilmente localizables; y poseen crecimiento expansivo, no infiltrativo, lo que limita las resecciones. La resección quirúrgica completa, con márgenes macroscópicos negativos (Ro) es el factor pronóstico más importante y, aunque la laparoscopia cada vez es más utilizada, no está exenta de controversias.

Presentamos el caso de una paciente de 72 años con antecedentes de adenoma suprarrenal bilateral, EPOC, HTA, poliartrosis, síndrome ansioso-depresivo e intervenida de apendicectomía. Ingresó para intervención quirúrgica programada ante los hallazgos de tumoración a nivel de 1ª asa yeyunal. En cuanto al estudio preoperatorio, presenta enteroclis que informa de infiltración de yeyuno proximal con imagen de masa y moderado engrosamiento de pliegues sugestiva de GIST. Se completa estudio con TC que observa hepatomegalia homogénea a expensas de LHI y lesión redondeada excéntrica en borde mesentérico de pared de asa de yeyuno proximal, de 3,4x 3,37x 3,34 cm, con calcificaciones groseras, compatible con GIST. Planos grasos mesentéricos adyacentes conservados. La paciente se somete a cirugía laparoscópica, con resección intestinal 1ª asa yeyunal con anastomosis L-L mecánica isoperistáltica intracorpórea.

La paciente evoluciona favorablemente en planta, siendo dada de alta al 6º día postoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica informa de tumor estromal (GIST) de bajo riesgo de unos 4 cm, no ulcerado, con menos de 5 mitosis por 50 CGA y bordes libres con margen mínimo de 2 cm. C-Kit y CD34 positivos, actina y S-100 negativos.

En la mayoría de las ocasiones pueden realizarse resección limitada o en cuña y se ha demostrado que la extensión o agresividad quirúrgica no se relaciona con la supervivencia de los enfermos, por lo que la laparoscopia cada vez es más utilizada para la resección de este tipo de tumores. Debe evitarse en grupos poco experimentados y en tumores de gran tamaño (>5cm) por el riesgo aumentado de rotura tumoral intraoperatoria que equivaldría a una resección R2. La laparoscopia debe seguir los principios oncológicos, extrayendo el tumor en bolsa protectora y nunca debe aceptarse una laparoscopia potencialmente R1 si el abordaje abierto garantizaría una resección Ro.

Abordaje laparoscópico de divertículo epifrénico

Eduardo Domínguez-Adame Lanuza, Juan José Segura Sampedro, Emilio Prendes Sillero, Antonio Vázquez Medina, Auxiliadora Cano Matías, Francisco López Bernal, Javier Padillo Ruiz, Francisco Ibañez Delgado,

Hospitales Virgen de Macarena y Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo: Video que muestra nuestra técnica para la resección de divertículo epifrénico transhiatal.

Material y método: Divertículo epifrénico sintomático en varón de 48 años.

Abordaje laparoscópico con trócares en similar posición que para el abordaje del hiato. Resección mediante endograpadora protegido por seamguard. Posterior cierre de pilares mediante Endostich y funduplicatura tipo Nissen.

Resultados: El paciente fue dado de alta al tercer día sin complicaciones a reseñar.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico del divertículo epifrénico es una técnica segura, factible y reproducible que añade las ventajas de la laparoscopia a esta cirugía.

Notes en cirugía colorrectal. Presentación de un caso

Soler Humanes, R; Lobato Bancalero, LA; Fresno Asensio, A; Sanchiz Cárdenas, E; Hinojosa Arco, LC; Cuba Castro, JL; Corrales Valero, E; Monje Salazar, C; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Los avances en cirugía mínimamente invasiva han revolucionado el mundo de la laparoscopia

La técnica endoscópica a través de orificios naturales (NOTES) se ha convertido en un tema de gran interés para los cirujanos de todo el mundo que desean reducir la morbilidad asociada a la cirugía abdominal, así como unos mejores resultados estéticos.

Se presenta el caso de una mujer de 73 años sin antecedentes patológicos de interés y con antecedentes ginecológicos de dos partos eutócicos.

Tras estudio de anemia se diagnostica de Pólipo degenerado en ciego, irresecable endoscópicamente, por lo que se programa para Hemicolectomía derecha Laparoscópica combinada con NOTES para extracción de la pieza vía vaginal.

El postoperatorio transcurre de forma favorable, reiniciando tolerancia oral y movilización precoz en las primeras 24 horas y es dada de alta sin complicaciones al 4º día postoperatorio.

La aplicación de NOTES en cirugía colorrectal hasta el momento ha sido limitada debido a la compleja disección, anastomosis y la incisión requerida para la extracción de piezas de intestino grueso.

Por este motivo, la cirugía por orificios naturales asistida por laparoscopia ha sido el medio por el cual la mayoría de cirujanos han comenzado a incorporar este tipo de cirugía a sus prácticas habituales.

La vagina parece ser el sitio más práctico y ampliamente utilizado para la extracción de la muestra.

Poorman's appendectomy

Julia Piñán Díez, Javier Valdés Hernández, Luis Capitán Morales, Francisco del Río Lafuente, Jesús Cañete Gómez, Juan Antonio Díaz Milanés, Marina Infantes Ormad, Fernando Oliva Mompeán, Francisco Javier Padillo Ruíz.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Acute appendicitis is a very common intraabdominal surgical pathology. The definitive management of this disease after diagnosing it and consulting a general surgery team, consists of an operative technique: appendectomy. However, the choice of using an open approach versus a laparoscopic one is still controversial. The latter has gained a lot of acceptance in the last years, becoming the state-of-the-art technique for removing the appendix. It has proven to be a safe technique that

causes less p.o. pain and a quicker recovery to normal activity. Nonetheless the operative cost for laparoscopic appendicitis is higher than using the conventional open approach. Thus we would like to present this video, showing how to perform a lowcost laparoscopic approach for an appendectomy.

Methods: We present a video showing a lowcost laparoscopic appendectomy performed on a patient diagnosed with acute appendicitis. Instead of using any kind of expensive stapling devices or ultrasonic shears to transect the mesoappendix and tie the base of the appendix, we use a single endoloop for the mesoappendix, after performing the ligation of the base of the appendix with two silk ties.

Results: The lowcost laparoscopic appendectomy was performed without any complications, operative time was 30 min, and the patient was discharged the day after.

Discussion: Laparoscopic appendectomy is the gold standard definitive operative management of acute appendicitis. The disadvantages of this technique are the increased material costs. In order to decrease these overall operative costs, we managed to perform the technique only using an endoloop and two silk ties with satisfactory results. We have proven it to be a cost-effective technique counterbalancing the cost difference between the open and laparoscopic appendectomy with the same surgical outcomes.

Relajación masiva de pared lateral del abdomen

Morales-Conde S., Perea del Pozo E., Pino Diaz V., Aparicio D., Barranco A., Socas M., Cañete J., Padillo FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La relajación de la pared abdominal se considera un desafío para los cirujanos. Diferentes opciones quirúrgicas se han propuesto tales como el implante de una malla o la combinación de la reconstrucción plástica con implante de malla preperitoneal. La evidencia científica a favor de una técnica u otra es poca, ya que pocas series se publican, existiendo una falta de homogeneidad de los casos y existiendo pocos datos de los ensayos prospectivos randomizados realizados. Las relajaciones de las paredes laterales abdominales son difíciles de ser tratadas debido a la proximidad de los márgenes óseos, lo que añade más dificultades a la reparación.

Método: Presentamos el caso de un varón de 55 años intervenido previamente a través de una incisión paramediana derecha realizándose una hemicolectomía derecha. En el postoperatorio inmediato el paciente presenta una infección de herida quirúrgica de la pared abdominal importante, siendo necesaria una amplia disección de los tejidos de la pared abdominal con extirpación de los músculos de la zona. El TAC de abdomen demuestra una debilidad lateral derecha de la pared abdominal con todo el contenido intrabdominal desplazado hacia la cavidad abdominal derecha. Se indicó la realización de un abordaje laparoscópico disecando todas las estructuras de la pared abdominal, eliminando el tejido grueso del espacio preperitoneal y exponiendo los márgenes óseos. Una malla de PTFE (26 x 34 cm) se colocó vía intraabdominal fijada con tackers con muy bajo neumoperitoneo (7-8 mm de Hg) a los márgenes óseos y del músculo psoas. Además se

utilizaron suturas transfasciales al músculo recto. El paciente fue dado de alta a los tres días, estando el dolor y el malestar abdominal durante los dos primeros meses, posteriormente a los seis meses el dolor había desaparecido, así como la asimetría externa de la pared abdominal y la tomografía axial computarizada demostraba una correcta colocación de la malla.

Conclusiones: La reparación laparoscópica de las hernias ventrales está aumentando sus indicaciones, ya que los beneficios de este abordaje son evidentes, sobre todo en las hernias laterales entre márgenes óseos. El abordaje laparoscópico de las relajaciones de la pared abdominal abre una nueva frontera a este desafío para los cirujanos, aunque son necesarias más series con seguimientos a largo plazo.

Tratamiento laparoscópico del quiste hidatídico: quistoperiquistectomía total cerrada

Gámez Córdoba ME, Sánchez Pérez B, Romacho López L, Fernández Aguilar JL, Pérez Daga JA, León Díaz FJ, Prieto-Puga Arjona T, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: La hidatidosis hepática es una zoonosis causada por el equinococo granuloso y continúa siendo aún un problema de salud pública. El tratamiento quirúrgico es el más resolutivo en éstos pacientes. La técnica de elección es la quistoperiquistectomía total cerrada, aunque en zonas endémicas algunos centros siguen empleando técnicas más conservadoras como las periquistectomías parciales abiertas (resección de cúpula saliente con aspiración-exéresis del contenido). El abordaje laparoscópico para el tratamiento de la hidatidosis hepática es aún controvertido por la escasa experiencia, y el temor a las complicaciones intraoperatorias (rotura del quiste, siembra peritoneal y shock anafiláctico). No obstante, cada vez son más las series publicadas mediante abordaje laparoscópico, siendo en su mayoría destechamientos. Quizá debido a su mayor exigencia técnica, no existe mucha experiencia con técnicas radicales como la quistoperiquistectomía total cerrada o quistoresecciones en su mayoría en quistes de pequeño tamaño con localización periférica.

Caso clínico: Presentamos el vídeo de una quistoperiquistectomía total cerrada laparoscópica (quistoresección) para tratamiento de hidatidosis hepática en una paciente de 56 años con una lesión quística de 9 × 7 × 8 cm en LHI, asociada a clínica de molestias en HCI-epigastrio de un año de evolución. En la analítica preoperatoria la serología y PCR de *Echinococcus* fueron negativos. La imagen de TC mostraba una lesión quística en contacto con la pared gástrica, con una calcificación lineal periférica y septos en su interior. No existían datos de complicación quisto-biliar. Para la quistoresección se empleó un dispositivo de sellado bipolar (LigaSure[®] tommy). No hubo necesidad de realizar ningún clampaje hiliar, aunque se preparó un torniquete pedicular extracorpóreo. Una vez resecado el quiste se extrajo con ayuda de una bolsa a través de la incisión supraumbilical de 3 cm tras ampliarla en sentido proximal, una vez aspirado el contenido del quiste de forma controlada dentro de la bolsa y dentro de la cavidad abdominal, y protegiendo los bordes de la herida para evitar

contaminación. La duración de la intervención fue de 160 minutos, y no hubo eventos clínicos y hemodinámicos sugestivos de anafilaxia. El postoperatorio cursó sin incidencias siendo dada de alta a las 72 horas. En revisiones posteriores, la paciente está asintomática, con buen resultado estético.

Síndrome de ligamento arcuato. Abordaje laparoscópico a propósito de un caso

Delgado Morales, Mariela. Molina García, David. Candón Vázquez, Juan. Rada Morgades, Ricardo. Espinosa Guzmán, Eduardo. Balongo García, Rafael.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Resumen: El síndrome de ligamento arcuato es una entidad clínica rara, caracterizada por dolor abdominal postprandial, pérdida de peso y compresión aislada del tronco celiaco. Resulta de la compresión extrínseca del tronco celiaco por una banda fibrosa y gruesa de la crura diafragmática, llamada ligamento arcuato. La liberación por vía laparoscópica es la vía de elección. Presentamos el caso de un varón de 55 años con el diagnóstico de Síndrome de Ligamento Arcuato y su abordaje laparoscópico.

Varón de 55 años con los siguientes antecedentes: Espondiloartropatía severa HLA B27 positiva, y Síndrome de Sjögren secundario. EPOC. Microlitiasis biliar. Ingresó por vómitos biliosos nocturnos y matutinos, fiebre y dolor constante en hipocondrio derecho, asociado a pérdida de 8 kg de peso en 3 meses. A la exploración, abdomen blando, con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio. TAC tóraco-abdominal: Síndrome del ligamento arcuato: Estenosis del tronco celiaco proximal en torno al 70%, con dilatación post-estenótica de hepática común y esplénica.

Ingresó para disección laparoscópica del tronco celiaco: Disección de pilar derecho + disección de confluencia de pilares esofágicos + disección de cara anterior de aorta abdominal. Sección de ligamento arcuato medio + disección de tronco celiaco. En el día 14 del PO, se encuentra en buen estado general, tolerando dieta y sin dolor abdominal. En seguimiento en la consulta, al mes de la intervención, continúa con evolución favorable, asintomático, por lo que se decide su alta definitiva.

El síndrome de ligamento arcuato es una entidad anatomo-clínica rara, caracterizada por la compresión extrínseca del tronco celiaco. Se cree que la compresión es originada por una inserción anormalmente baja del diafragma o un origen excesivamente alto del tronco celiaco en la aorta. La liberación por vía laparoscópica del ligamento arcuato es técnicamente factible y segura, siendo una opción mínimamente invasiva respecto a la cirugía abierta.

Consideramos adecuada la elección de la técnica laparoscópica en el caso de nuestro paciente, pues además de ser el gold standard para el manejo de este síndrome, hemos podido constatar una muy buena evolución postoperatoria, como en las series revisadas. Destacamos la importancia de elaborar una adecuada anamnesis, considerando este diagnóstico dentro del diagnóstico diferencial, aun a pesar de su rara incidencia.

Aplicación racional de energía y hemostáticos en la Gastrectomía laparoscópica con carácter oncológico

Martinez Insfran, Luis Alberto. Moreno Navas, Araceli. Diaz Jimenez Nelida. Macias Puerta Isabel. Cabrera Bermón, Juan. Ruiz Rabelo, Juan Francisco. Membrives Obrero Antonio. Briceño Delgado, Javier.

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Caso de Gastrectomía con linfadenectomía D1 por adenocarcinoma de localización antral.

El objetivo del presente video es mostrar que tipo de material o energía son utilizados en cada fase de la gastrectomía laparoscópica con linfadenectomía D1 en el cáncer gástrico de localización antral.

Gastrectomía laparoscópica con linfadenectomía D1 y reconstrucción en Y de Roux. Para la realización de dicha técnica se utilizaron como aplicadores de energía un gancho bipolar y sellador harmónico que fueron usados principalmente en la omentectomía y linfadenectomía D1, para la vena gastroepiploica y gástrica derecha se utilizaron clips de uso rutinario. Tras completar la disección medial a arteria hepática, gastroduodenal y borde superior del páncreas se realizó sección en bloque de arteria y vena coronaria mediante endograpadora con carga blanca

Puede ser motivo de discusión el realizar linfadenectomía D1 frente a D2, la reconstrucción mediante Billroth II frente a Y de Roux, el uso de asa ante o retrocólica así como los diferentes aspectos técnicos durante la realización de los pasos que componen el procedimiento

La gastrectomía laparoscópica con linfadenectomía no requiere de un armamentario diferente al utilizado en cualquier otro procedimiento laparoscópico avanzado. Existen no obstante variabilidad en su ejecución que invita a discutir sobre la «mejor intervención tipo» para este tipo de tumores de localización antral.

Abordaje laparoscópico del abdomen agudo. Obstrucción intestinal.

Cuba Castro, Jose Luis; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Corrales Valero, Elena; Monje Salazar, Cristina; Sánchez Barrón, Maria Teresa; Rivera Castellano, Javier

H. Virgen de la Victoria, Málaga

La obstrucción intestinal es una patología muy común en las urgencias hospitalarias, para la cual la laparotomía exploradora ha sido el abordaje utilizado clásicamente en los casos que requieran intervención quirúrgica. La laparoscopia continúa siendo controvertida, por su dificultad técnica, al tener un campo de trabajo reducido por la distensión de asas intestinales, y la dificultad en acceder a la zona afectada.

Este es el caso de una mujer de 61 años de histerectomía abdominal, que acude a urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal tipo punzada de 10 días de evolución en mesogastrio irradiado a flanco izquierdo que se intensifica en las últimas 48 horas a lo que se agrega distensión abdominal y

vómitos biliosos. A la exploración física presentaba distensión abdominal y sensación de aplastramiento en mesogastrio.

Se le realizó TAC abdominal con contraste donde se sugiere cuadro obstructivo de intestino delgado sin punto de cambio de calibre evidente y con imagen sugestiva de cuerpo extraño intraluminal en asa de yeyuno.

Con la sospecha clínica y radiológica de obstrucción de intestino delgado se decide el tratamiento laparoscópico, realizando un abordaje en posición francesa con trocar de Hasson, encontrando una obstrucción intestinal con plastrón de asas de intestino y epiplón adherida a la pared anterior del abdomen. Se realizó la disección roma y asistida con hook, llegando a liberar el plastrón. Se realizó una minilaparotomía de asistencia infraumbilical, evisceración del plastrón y sección con GIA 60 de asas aferente y eferente del mismo y con posterior anastomosis LL manual. Al revisar la pieza quirúrgica se encontró una asa de delgado perforada por una espina de pescado, dicha perforación que había sido aplastrada por el asa de yeyuno proximal y epiplón.

El abordaje Laparoscópico en obstrucciones intestinales de urgencias es posible. Las ventajas generales que ofrece son las mismas que en la cirugía programada con la salvedad que en caso de urgencias solo es aplicable en enfermos seleccionados. Planteándose en un contexto que viene caracterizado por la necesidad de actuación rápida para solventar el diagnóstico y tratamiento urgente del paciente.

Uso de adhesivos de fibrina homólogo (tissucol) y totalmente autólogo (vivostat) en eventroplastias laparoscópicas

Segovia-Cornejo E; Guerrero Fernández-Marcote J.A.; Blasco Carratalá, F.; Vara-Thorbeck R.

Departamento de Cirugía y sus Especialidades. Facultad de Medicina de Granada

De marzo de 1999 a diciembre de 2003, se han intervenido más de 400 pacientes que sufrían algún tipo de hernia ventral, en el Servicio de Cirugía General-A, del HU San Cecilio de Granada. Se realiza un seguimiento de aquellos casos en los que se empleo adhesivo de fibrina (Tissucol), entre la malla y la pared, a efecto de evitar la «segunda corona» de grapas helicoidales, al emplear la modificación técnica que denominamos del «doblado», en inglés «cover cuff». a efectos de evitar las adherencias y disminuir el seroma. De igual modo, el Doctorando, realiza un seguimiento de los pacientes, en los que se empleo adhesivo de fibrina totalmente autólogo (Vivostat), en su casuística personal, en el H. Cruz Roja-INGESA de Ceuta.

En esta comunicación se describe una modificación técnica para la fijación de las mallas y que ofrece, entre otras, las siguientes ventajas: no se producen adherencias a las grapas helicoidales, ya que no entran en contacto con las vísceras, tampoco contactan con las vísceras los bordes de la malla, sólo se emplea una corona de grapas y se disminuye la cantidad de seroma al emplear los adherentes de fibrina. Y los orificios de los trócares quedan cubiertos por la malla impidiendo las hernias.

Se documenta con imágenes los tipos de malla empleados y

la forma de aplicación del adhesivo de fibrina. Con objeto de disminuir el seroma.

Retroperitoneoscopia y necrosectomía pancreática para el tratamiento de la pancreatitis aguda grave

Ponce Guerrero I., Díaz Gómez D., Martínez Baena D., Ruiz Juliá M.L., Sánchez Sánchez L.F., Martín Balbuena R.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla.

Introducción: La pancreatitis aguda se comporta de forma benigna en el 90% de los pacientes. En el resto suele producirse necrosis de la glándula pancreática y formación de colecciones a su alrededor, siendo frecuente la sobreinfección de las mismas. Hasta hace poco, esta infección era sinónimo de intervención quirúrgica casi en todos los pacientes, generalmente con abordaje anterior y necrosectomía amplia, que añadía otra circunstancia deletérea a su ya deteriorada situación clínica. En los últimos años se ha impuesto el abordaje secuencial de la necrosis pancreática infectada, mediante drenajes percutáneos de las colecciones y cirugía de necrosectomía como paso final, cuando es posible, mediante acceso directo al retroperitoneo. En el caso clínico que presentamos en vídeo, la cirugía se realizó íntegramente por retroperitoneoscopia.

Caso clínico: Mujer de 64 a con alergia a varios antibióticos, síndrome depresivo y operada de apendicectomía, quiste renal, bloqueo tubárico y hemorroidectomía, que consulta a urgencias por abdomen agudo, siendo diagnosticada de pancreatitis aguda biliar. En las 1as 48 h sufre deterioro clínico que motiva su traslado a la UCI, donde se logra su estabilización clínica tras 10 días. Mediante TAC abdominal se diagnostica de necrosis pancreática afectando a la cabeza y el cuello, con colecciones peripancreáticas de gran tamaño que se distribuyen, especialmente, por el retroperitoneo derecho, llegando hasta el diafragma y la pelvis. Durante su evolución sufre sobreinfección de las colecciones, motivo por el que son drenadas mediante catéteres percutáneos, recambiados sucesivamente por otros de mayor calibre. Controlado el proceso séptico y recuperado el estado general y nutricional se programa la necrosectomía pancreática, que en este caso realizamos mediante un abordaje íntegramente retroperitoneoscópico. La evolución postoperatoria fue favorable en todo momento, desarrollando una fístula pancreática de bajo débito, vehiculizada por uno de los drenajes colocados durante la cirugía y que fue retirado de forma ambulatoria 45 días después de la misma. En la actualidad la paciente se encuentra pendiente de colecistectomía electiva por su coledoclitiasis.