

2020
SECLA

15, 16 y 17
Octubre
**CONGRESO
ONLINE**

**LIBRO DE
ABSTRACTS**





CONSERVACIÓN DE CADÁVERES EN MÉTODO THIEL: FORMACIÓN PRÁCTICA EN TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE SUELO PÉLVICO

M. Mar Aguilar Martínez (1), Emilia Blesa Sierra (1), José Antonio Córdoba Sotomayor (1), Fernando Candela Polo (2), Antonio Arroyo Sebastián (2).

INTRODUCCIÓN

La enseñanza práctica de la medicina con modelos resulta bastante útil para transmitir conocimientos tanto en pregrado como en postgrado. La instauración de la cirugía laparoscópica durante la década de los 90, trajo consigo la aparición de una curva de aprendizaje. Por ello, poder poner en práctica conocimientos teóricos en modelos animales o sobre cadáveres, se convierte en una vía interesante para desarrollar habilidades quirúrgicas. El entrenar sobre cadáveres conservados en formaldeído presenta limitaciones relacionadas con pérdida de similitud de textura, color, etc. El método Thiel surge como nuevo método de conservación y hace que el entrenamiento se realice en condiciones muy similares al trabajo desarrollado sobre un organismo vivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

La técnica Thiel aparece como alternativa al formol para conservar cadáveres basada en el embalsamiento. En la Universidad Miguel Hernández de Elc-

he, se han realizado estudios que valoran muy positivamente el estado de los cadáveres así conservados para el entrenamiento de cirugía laparoscópica avanzada colorrectal. Actualmente se continúa esta línea de investigación y, se busca aplicarla en otros ámbitos entre los que destacan técnicas de reparación de suelo pélvico.

RESULTADOS

La rectopexia ventral por laparoscopia con malla de polipropileno, colocación de neuroestimulador de raíces sacras, la plastia de Corman, gracilopastia o la colporrafia posterior, son algunas técnicas practicadas en cursos de patología de suelo pélvico. Las ventajas del método Thiel son fundamentalmente la preservación de color, consistencia y plasticidad de órganos. Se obtienen excelentes resultados en materia de calidad de enseñanza y aprendizaje.

CONCLUSIONES

El método Thiel surge como modelo de conservación cadavérica ideal para

adquirir y desarrollar conocimientos tanto en cirugía laparoscópica como en abierta. Las técnicas laparoscópicas fueron las primeras en aplicarse con resultados muy favorables. Las técnicas de patología de suelo pélvico, bastante complejas en manos no expertas, han sido las siguientes. Cualquier cirujano interesado en este ámbito puede encontrar en un cadáver conservado en método Thiel una excelente vía de aplicación de conocimientos y desarrollo de habilidades.



PECTOPEXIA. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL SUELO PÉLVICO.

Y. Aguilera Molina, N. Gennaro Della Rossa, P.Giordano, N.Taboada Mostajo, E.Ortiz Oshiro, I. Santos, J.c. Meneu Díaz.

OBJETIVOS

Presentar la pectopexia como una técnica quirúrgica para tratamiento de suspensión apical desarrollada para evitar complicaciones en mujeres obesas, equivalente a sacrocolpopexia en resultados postquirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 40 años, Presenta bultoma genital, pesadez y presión pélvica. Ha realizado fisioterapia sin mejoría. Con diagnóstico de prolapso apical con deslizamiento fascia pubocervical /histerocele III con cistocele por deslizamiento. Tratamiento realizado: 1º tiempo Pectopexia laparoscópica + reparación cuerpo perineal. 2º tiempo: fisioterapia postquirúrgica y radiofrecuencia vaginal 8 sesiones. Evolución post quirúrgica inmediata 1º día presento hemoptisis súbita por bronquiectasis. En el control postquirúrgico en la semana 6 inicia fisioterapia + radiofrecuencia 8 sesiones. Control a los 6 meses post quirúrgico: Asintomática. Paciente con satisfacción completa (100%) tras cirugía. Según

Escala: Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ) Prolapse Quality of Life (P-QOL).

Descripción de la técnica laparoscópica. Apertura de peritoneo en plica vesicouterina, disección y apertura hasta pared pélvica bilateral. Disección de vejiga hasta trigono. Apertura de plano graso en borde medial de vena ilíaca externa. visualización de ligamento ileopectíneo bilateral. Presentación de malla de pectopexia: PRP soft Dynamesh 3x15 cm, Fijación con 4 puntos de vicryl 2.0. vagino-cervical. fijación con punto de multifilamento no reabsorbible 2.0 en lig. ileopectíneo. Cierre de peritoneo.

CONCLUSIONES

El principal objetivo de la cirugía de suelo pélvico es recuperar la correcta posición de los órganos. Con significativa reducción de síndrome obstructivo, reducción del tiempo quirúrgico, tasas de complicaciones y la morbilidad del paciente.



¿ESTAMOS EN CONDICIONES DE AFIRMAR QUE EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO ES DE ELECCIÓN EN LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA NO ONCOLÓGICA?

Esther Alonso Batanero

INTRODUCCIÓN

Pese a los resultados de diferentes estudios en cuanto a los beneficios del abordaje laparoscópico de la obstrucción laparoscópica no oncológica, la laparotomía sigue siendo el abordaje más frecuente. Nuestro objetivo es analizar nuestros resultados tras la estandarización de la técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo (2012-2020) que incluye 31 pacientes con obstrucción intestinal y abordaje laparoscópico. Se consideró conversión cualquier laparotomía de asistencia.

RESULTADOS

Realizamos TC abdomino-pélvico a todos los pacientes previo a la cirugía para una mejor valoración del cuadro obstructivo, descartar causas distintas a bridas/adherencias o detectar varios puntos de obstrucción. La disposición de trocares fue como para apendicectomía, óptica 30° y en posición americana salvo sospecha de tener que ac-

ceder al espacio supramesocólico o de una hernia interna. Comenzamos la exploración sistemáticamente desde la válvula ileocecal y avanzamos en dirección proximal hasta el punto de obstrucción. Hacemos uso preferente de tijera frente a diatermia y pinzas atraumáticas.

De los 31 pacientes intervenidos 11 no tenían cirugías previas con una tasa de conversión (TC) del 18.2% frente a 20 con cirugías previas y TC del 40%. La dilatación intestinal no fue un factor determinante de conversión (40.3mm vs 36.6mm). 2 pacientes en cada grupo precisaron de resección. La media de duración de la cirugía, de estancia total y postoperatoria fue de 82,1 min, 11 días y 8,2 días sin haber diferencias significativas entre grupo laparoscópico frente al conversión. Hubo menor morbimortalidad en el grupo laparoscópico pero la única complicación grave (reintervención por torsión de meso) se produjo en este grupo.

La mediana de seguimiento es de 16,2 meses sin ningún reingreso por obstrucción intestinal.

CONCLUSIONES

En nuestro Centro el abordaje laparoscópico de la obstrucción intestinal es seguro y eficaz pudiendo considerarlo de elección, previo TC y siguiendo los pasos descritos, salvo antecedentes quirúrgicos complejos.



MIOTOMÍA DE HELLER CON FUNDUPLICATURA TIPO DOR ASISTIDA POR EL SISTEMA ROBÓTICO DA VINCI

Pietro Giovanni Giordano, Elena Ortíz Oshiro, Yari Yuritzí Aguilera Molina, Nestor Taboada Mostajo, Ana Fernández Pérez, Rubén Del Olmo López, Juan Carlos Meneu Díaz.

INTRODUCCIÓN

La miotomía de Heller minimamente invasiva se ha convertido en el gold estándar para el tratamiento de la acalasia. Sin embargo, la incidencia de perforaciones esofágicas descrita en la literatura alcanza el 5-10%. El sistema robótico Da Vinci ha sido progresivamente reconocido como tratamiento quirúrgico alternativo para la acalasia y, en comparación con el abordaje laparoscópico, puede representar una opción más segura a la hora de reducir el riesgo de perforación esofágica.

OBJETIVOS

Presentamos el vídeo de una paciente tratada con miotomía de Heller asistida por robot para mostrar las ventajas de la cirugía robótica frente a la técnica laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 35 años con cuadro clínico de regurgitaciones nocturnas y disfagia para sólidos de unos 7 años de evolución. La manometría esofágica

y el tránsito gastroesofágico son concluyentes con el diagnóstico de acalasia; asocia además colelitiasis múltiple sintomática. Anteriormente a nuestra consulta, se somete a dilatación con balón sin resolución de la sintomatología; actualmente, presenta un empeoramiento de los síntomas por lo que se decide el tratamiento quirúrgico asistido por robot.

RESULTADOS

Se empieza con la sección de los vasos cortos; se procede a la disección de la unión esofagogástrica y la cara anterior del esófago distal, identificando el nervio vago anterior. Realizamos la miotomía hasta 7 cm por encima de la unión esofagogástrica y 3-4 cm por debajo. A continuación, se procede a la funduplicatura anterior según técnica de Dor y se finaliza la intervención con la colecistectomía reglada.

CONCLUSIONES

La visión en 3 dimensiones, la mejor libertad de movimiento de los instrumentos articulados y la ausencia del

temblor, son las principales ventajas que ofrece la cirugía asistida por robot; de hecho, la disección cuidadosa de cada fibra muscular en la miotomía reduce considerablemente la tasa de lesiones iatrogénicas de la mucosa esofágica.



HERNIA HIATAL GIGANTE: REPARACIÓN CON MALLA BICOMPONENTE Y FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN

Pietro Giovanni Giordano, Rubén Del Olmo López, Elena Ortíz Oshiro,
Yari Yuritzí, Aguilera Molina, Nestor Taboada Mostajo, Ana Fernández Pérez,
Juan Carlos Meneu Díaz.

INTRODUCCIÓN

Si bien la funduplicatura laparoscópica es un método bien establecido de técnica quirúrgica para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, existe controversia sobre la mejor técnica para la reparación de la hernia de hiato gigante y en como minimizar el riesgo de recurrencia. La reparación de la hernia de hiato gigante con el empleo de mallas reduce el porcentaje de recurrencia por debajo del 5% y el abordaje laparoscópico presenta la técnica de elección.

OBJETIVOS

Presentamos el caso de una paciente con hernia de hiato gigante grado IV, sometida a reparación con colocación de malla bicomponente y técnica antirreflujo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 84 años con cuadro de vómitos incoercibles e intolerancia oral. Los estudios de imagen y endoscópicos muestran una hernia hiatal gigante,

con deslizamiento del antro gástrico y colon a través del defecto paraesofágico derecho.

RESULTADOS

Tras la reducción completa del contenido herniario, se empieza con la disección de la membrana frenoesofágica hasta la visualización de las estructuras mediastínicas y la exposición de ambos pilares, creando la ventana retroesofágica. Una vez seccionado los vasos cortos, se procede a la funduplicatura tipo Nissen. El tamaño del hiato sobrepasa los 5 cm por lo tanto se coloca una malla irreabsorbible bicomponente tipo COMPOSITE en "U", fijada con tackers. No se aprecia desgarro de los pilares. La operación termina con la fijación del estómago al pilar derecho según la técnica antirotatoria. El post-operatorio transcurre sin incidencias.

CONCLUSIONES

La información disponible permite concluir que el uso de mallas en la reparación hiatal es relativamente segu-

ro y previene la recidiva. Sin embargo, la evidencia científica para su empleo sistemático es escasa y la mayoría de los expertos recomienda el uso de mallas solo en circunstancias específicas, en función del tamaño del defecto hiatal y la calidad de los pilares.



HISTERECTOMÍA RADICAL TIPO WERTHEIM-MEIGS VÍA LAPAROSCÓPICA

Aránzazu Herráez Moreta, Riolobos Sierra L; Morales Taboada FG.; García Santos FJ.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID

INTRODUCCIÓN

La histerectomía radical con linfadenectomía pélvica es el tratamiento de elección para el cáncer de cérvix en estadio inicial.^{1,2} Consiste en la exéresis quirúrgica del útero incluyendo el cérvix, parte superior del fondo vaginal y tejido paracervical. La clasificación de radicalidad más utilizada es la de Querleu-Morrow (2017).^{3,4} Puede realizarse vía laparotómica o con cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia convencional o robótica).

OBJETIVOS

Exponer la técnica para la realización de una histerectomía radical tipo Wertheim-Meigs vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un vídeo que muestra la realización de una histerectomía radi-

cal Wertheim-Meigs vía laparoscópica en una paciente diagnosticada de carcinoma de cérvix estadio IB1.

RESULTADOS

Se presenta la técnica quirúrgica en 13 pasos:

1. Apertura del ligamento ancho.
2. Apertura y creación de los espacios pararectal y paravesical.
3. Identificación del nervio hipogástrico desde la pared lateral del recto.
4. Identificación y amputación de la arteria y venas (superficial y profunda) uterinas.
5. Aislamiento del nervio Hipogástrico hasta el extremo seccionado de la vena uterina.
6. Sección del ligamento uterosacro.
7. Apertura del espacio rectovaginal.
8. Apertura del espacio vesicovaginal.
9. Disección y sección de la capa anterior del ligamento vesicouterino tras el cual se genera un cuarto espacio (espacio de Yabuki) con identificación del trayecto del uréter.
10. Disección y sección de la capa posterior del ligamento vesicouterino para poder liberar el uréter y exponer

la rama vesical del nervio pélvico.

11. Sección de las ramas uterinas del plexo pélvico.
12. Disección del paracolpio.
13. Colpectomía, extracción de la pieza y cierre de la vagina vía vaginal

CONCLUSIONES

La histerectomía radical asociada a linfadenectomía pélvica es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer de cérvix en estadio precoz (IA2 o IIA).^{1,2}

Requiere un conocimiento anatómico avanzado y gran experiencia quirúrgica.

Las actuales guías de la NCCN y ESGO indican que tanto la vía laparotómica como laparoscópica (convencional o robótica) son abordajes aceptables.^{1,2, 5, 6}

Un reciente estudio randomizado (LACC study) refiere mayor supervivencia mediante un abordaje laparotómico.⁷ Sin embargo, aún no existe suficiente evidencia para modificar la recomendación establecida.



ESTADO ACTUAL DE LOS INJERTOS VASCULARES DE INGENIERÍA TISULAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA

David Durán Rey, Juan Alberto Sánchez-Margallo, Verónica Crisóstomo Ayala, Francisco Miguel Sánchez-Margallo.

INTRODUCCIÓN

La principal causa de muerte en el mundo son patologías relacionadas con el sistema cardiovascular, ocasionadas mayormente por el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos. El tratamiento habitual es la cirugía convencional mediante el uso de trasplantes autólogos. En ocasiones estos injertos no están disponibles, por lo que los injertos vasculares de ingeniería tisular (IVIT) son una solución prometedora como tratamiento clínico.

OBJETIVOS

Conocer la situación actual del desarrollo de los IVIT, así como señalar los avances y problemas hallados durante la última década.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática utilizando la base de datos PubMed, teniendo en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión. Los resultados se analizaron de forma in-

dividual tanto para modelos animales como humana.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 85 artículos, los cuales emplearon seis modelos animales de experimentación (roedor, porcino, ovino, conejo, canino y primate), predominando el roedor debido a sus características de biocompatibilidad. El tiempo de implantación varió en función del objetivo del estudio, siendo una duración de entre 1 y 6 meses el período más empleado. El diseño de un IVIT es muy diverso, siendo los materiales más empleados los polímeros biodegradables o naturales y la tecnología más usada el electrohilado. La esterilización de los IVIT varió en función de los materiales utilizados en la construcción del injerto. La complicación más común derivada del empleo de los IVIT fue la aparición de trombos. Los resultados mostraron correlación entre el incremento en el uso de heparina durante la cirugía y la reducción del diámetro del injerto con la aparición de trombos.

CONCLUSIONES

Los IVIT se encuentran en desarrollo constante y las pruebas in vivo se orientan hacia la búsqueda de la seguridad de los dispositivos, siendo el injerto híbrido y el electrohilado las tecnologías más prometedoras.



NUEVO DISEÑO DE INSTRUMENTOS LAPAROSCÓPICOS ARTICULADOS: ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE

Juan A. Sánchez-Margallo, David Durán Rey, Francisco M. Sánchez-Margallo.

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica plantea desafíos técnicos singulares a los cirujanos, para los cuales se han planteado diversos dispositivos articulados robotizados y mecánicos.

OBJETIVOS

Presentar un nuevo diseño de instrumentos mecánicos articulados para cirugía laparoscópica (Innovative Medical Mannheim), en su versión de pinza de agarre y disector Maryland, y analizar la curva de aprendizaje en el desarrollo de tareas básicas de formación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cinco cirujanos laparoscopistas noveles participaron en este estudio, cuatro diestros y uno zurdo. Realizaron cuatro tareas básicas de entrenamiento laparoscópico: transferencia de objetos, circuito de anillas, disección y sutura en tejido orgánico. Cada cirujano repitió cada tarea cinco veces. Para las tareas de coordinación ojo-mano,

los cirujanos usaron las pinzas articuladas en su mano dominante y pinzas convencionales en su mano no dominante. Para la disección, usaron el disector articulado en la mano dominante y pinzas convencionales de agarre en la no dominante. Para la sutura, utilizaron un portaagujas laparoscópico en la mano dominante y el disector articulado en la mano no dominante. Para cada repetición se evaluó el tiempo de ejecución, el número de errores y la carga de trabajo quirúrgico (SURG-TLX).

RESULTADOS

Los resultados preliminares mostraron una curva de aprendizaje positiva en cuanto al rendimiento quirúrgico durante las tareas de circuito de anillas (T1: $562,0 \pm 64,338$ s; T5: $413,8 \pm 148,093$ s; $p < ,05$), disección ($375,333 \pm 187,126$ s; $203,0 \pm 119,528$ s; $p < ,05$) y sutura ($375,333 \pm 187,126$ s; $203,0 \pm 119,528$ s; $p < ,05$). Los participantes presentaron una reducción en el número de errores durante la tarea de transferencia ($375,0 \pm 123,016$; $191,667 \pm 49,127$; $p < ,05$) y una disminución general de la carga

de trabajo quirúrgico ($69,818 \pm 18,977$; $50,091 \pm 19,346$; $p < ,01$).

CONCLUSIONES

Un periodo de entrenamiento con el nuevo diseño de instrumentos laparoscópicos articulados permite mejorar del desempeño quirúrgico de los cirujanos noveles, así como reducir la carga de trabajo durante la práctica de la laparoscopia.



PREDICCIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO QUIRÚRGICO DURANTE LA PRÁCTICA LAPAROSCÓPICA MEDIANTE EL USO DE TECNOLOGÍA WEARABLE

Juan A. Sánchez-Margallo, Peter A. Gloor, David Durán Rey, Francisco M. Sánchez-Margallo.

INTRODUCCIÓN

Aparte de los numerosos beneficios que la cirugía laparoscópica conlleva para el paciente, esta técnica quirúrgica presenta varias limitaciones técnicas para el cirujano que pueden llevar a un aumento de la carga de trabajo mental y física durante la cirugía, así como a una posible aparición de trastornos musculoesqueléticos.

OBJETIVOS

En este estudio presentamos los primeros pasos en el desarrollo de un sistema inteligente para predecir la carga de trabajo del cirujano (física y mental) durante la práctica laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio piloto se llevó a cabo durante tres cursos de formación en cirugía laparoscópica, en el cual participaron 18 cirujanos con diversa experiencia en laparoscopia. Durante el estudio, los participantes llevaron

un reloj inteligente en su mano dominante que presentaba una aplicación personalizada para registrar datos fisiológicos y de movimiento: ritmo cardíaco, movimientos de la mano y alteraciones del sonido ambiente. Al final de cada ensayo, se pidió a los participantes que completaran una encuesta subjetiva sobre su nivel de carga de trabajo quirúrgico (SURG-TLX).

RESULTADOS

Los resultados mostraron que los cirujanos expertos utilizaron los instrumentos quirúrgicos con una mayor aceleración en sus movimientos ($9,444 \pm 0,292$ vs $9,475 \pm 0,344$ m/s²; $p < ,05$). Los cirujanos noveles manifestaron una mayor frecuencia cardíaca durante las actividades quirúrgicas ($95,958 \pm 14,620$ vs $91,281 \pm 11,577$ ppm; $p < ,01$) y un aumento en el tono del sonido ambiente ($0,054 \pm 0,019$ vs $0,048 \pm 0,017$ amplitud; $p < ,001$). Los cirujanos noveles experimentaron una mayor carga de trabajo mental y física ($78,636 \pm 12,476$ vs $60 \pm 7,402$; $p < ,01$). Se observó una correlación positiva entre la aceleración de las maniobras del ci-

rujano y la demanda física de la actividad quirúrgica.

CONCLUSIONES

La monitorización de las maniobras y los parámetros fisiológicos de los cirujanos durante la práctica laparoscópica podría desempeñar un papel importante en la predicción y prevención de su carga de trabajo quirúrgico.



ACTIVIDAD QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2.

I Bada-Bosch, JC De Agustín, M de la Torre, J Ordoñez, MD Blanco-Verdú, L Pérez-Egido, M Fanjul, A Del Cañizo.

INTRODUCCIÓN

Durante la pandemia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 la atención pediátrica en la Comunidad Autónoma de Madrid se modificó de manera que nuestro centro dejó de ser de referencia durante casi dos meses. Con esta reorganización, la actividad quirúrgica pediátrica se modificó en gran medida desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.

OBJETIVOS

Describir las características y demografía de los procedimientos quirúrgicos realizados en un hospital de tercer nivel durante la pandemia del SARS-CoV-2. Como objetivo secundario se estudia el impacto de la pandemia en las apendicitis agudas tratadas en nuestro centro y su comparación con un periodo previo al SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes intervenidos por

parte del servicio de Cirugía Pediátrica durante el periodo de pandemia. Abarca desde el primer día del estado de alarma hasta la desescalada de las restricciones.

RESULTADOS

Se intervinieron un total de 61 pacientes en 58 días frente a 406 pacientes durante el mismo periodo de 2019 ($p < 0.00001$). El 59.01% de las intervenciones eran de carácter urgente. Un 5.1% de los pacientes tuvieron un test diagnóstico de SARS-CoV-2 positivo. Se realizaron 30 procedimientos distintos, siendo el más frecuente la apendicectomía ($n=13$, 19.6% de los pacientes). El 61.5% de las apendicitis fueron complicadas frente a un 42.4% en periodo no COVID ($p=0.17$). El abordaje quirúrgico fue abierto en un 46.1% de los pacientes frente al 6.1% no COVID ($p=0.004$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de complicaciones o la estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

Durante la pandemia por SARS-CoV-2 se ha producido una importante disminución del número de procedimientos diarios, pasando a ser más de la mitad de carácter urgente. La patología apendicular se ha presentado más evolucionadas de lo habitual habiendo una clara tendencia a la cirugía abierta frente a la laparoscopia.



ESPLENECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA MEDIANTE FLUORESCENCIA

Bada-Bosch I, Peláez D, Ordóñez J, Blanco-Verdú MD, De Agustín JC.

INTRODUCCIÓN

La esplenectomía parcial permite preservar la función inmunológica en casos de lesiones esplénicas benignas como los quistes epidermoides. Determinar el plano de resección y la perfusión del remanente del bazo puede ser difícil, especialmente en lesiones de localización central.

OBJETIVOS

Presentar un caso de un niño con un quiste epidermoide esplénico tratado mediante esplenectomía parcial laparoscópica asistida con fluorescencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 13 años con quiste esplénico sintomático de 6 cm de diámetro localizado junto al hilio esplénico. Se decide realizar esplenectomía parcial laparoscópica mediante abordaje umbilical de 10 mm y 3 puertos accesorios de 5 mm. La inyección intravenosa intraoperatoria de verde de indocia-

nina (ICG) a 0.2 mg/kg permitió guiar la disección cuidadosa del hilio esplénico y comprobar la perfusión del bazo una vez clampada la rama arterial superior. El posterior lavado del ICG permitió comprobar el retorno venoso periférico del remanente esplénico a través de venas polares.

RESULTADOS

La intervención transcurrió sin incidencias y mínima pérdida de sangre. En controles ecográficos posteriores se objetiva pequeño remanente esplénico bien perfundido y sin signos de recurrencia.

CONCLUSIONES

En los tumores esplénicos benignos la esplenectomía parcial laparoscópica es factible, especialmente en aquellos de localización periférica. La fluorescencia mediante ICG facilita la disección segura del hilio, la visualización del plano de transección del bazo y la perfusión del remanente en casos de esplenectomías parciales anatómica y técnicamente complicadas.



EXTRACCIÓN LAPAROSCÓPICA DE TRICOBEOZAR GÁSTRICO. TÉCNICA DEL CAZADO INTRAGÁSTRICO

María Dolores Blanco-Verdú, Beatriz Fernández-Bautista, Javier Ordóñez, Isabel Bada-Bosch, Juan Carlos De Agustín.

INTRODUCCIÓN

El tricobezoar es una patología infrecuente que consiste en la formación de una masa indigerible compuesta fundamentalmente por pelos que se acumulan en el tracto digestivo. Los tricobezosares de pequeño tamaño pueden extraerse por endoscopia, mientras que los grandes pueden requerir extracción laparoscópica o por laparotomía.

La cirugía del tricobezoar gástrico sigue suponiendo un problema por la contaminación peritoneal y posterior posibilidad de peritonitis química y bacteriana.

OBJETIVOS

Presentamos un vídeo que muestra una técnica de extracción laparoscópica del tricobezoar mediante el uso de una bolsa con aro rígido tipo "cazamariposas" introducida en el estómago a través de una gastrotomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una paciente de 10 años que presentaba vómitos y curva ponderal plana de 2 años de evolución. Tras un intento fallido de extracción endoscópica, se indicó cirugía laparoscópica. Se utilizó una cámara con visión 3D de 10mm. Inserción de 4 trócares: umbilical de 10 mm, dos paraumbilicales de 5 mm y uno en hipocondrio izquierdo de 10 mm para introducir la bolsa de extracción. Se realizó una incisión longitudinal sobre la cara anterior gástrica. Se introdujo la bolsa de extracción, embocando la parte más proximal del bezoar a nivel del fundus y con movimientos de vaivén direccionados hacia el píloro se extrajo el bezoar. El cierre de la gastrotomía se realizó con sutura barbada continua reabsorbible. Se abocó la apertura de la bolsa al ombligo y se fraccionó el bezoar para facilitar su extracción.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria transcurrió sin incidencias. Se reinició la ali-

mentación enteral a las 24 horas de la intervención y la paciente fue dada de alta a los 3 días de la cirugía.

CONCLUSIONES

La extracción laparoscópica del tricobezoar es una técnica mínimamente invasiva que permite su extirpación sin contaminar la cavidad peritoneal.



URETEROCALICOSTOMÍA LATERO-LATERAL LAPAROSCÓPICA: ABORDAJE DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL RECIDIVADA CON PELVIS INTRARENAL.

María Dolores Blanco-Verdú, Beatriz Fernández-Bautista, Laura Burgos, Rubén Ortiz, Jose María Angulo.

INTRODUCCIÓN

La ureterocalicostomía es una técnica quirúrgica descrita hace varias décadas que consiste en realizar una anastomosis ureterocalicial. Sus indicaciones son limitadas en la actualidad, pero constituye una alternativa válida en los trastornos de la unión pieloureteral recurrentes con pelvis intrarenal que no responden al tratamiento clásico con técnicas laparoscópicas, endoscópicas o cirugía abierta.

OBJETIVOS

Presentar el caso clínico de una paciente de 13 años con estenosis pieloureteral izquierda de diagnóstico tardío, intervenida en varias ocasiones, en la que se realizó una ureterocalicostomía latero-lateral laparoscópica con buenos resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 13 años con dolor abdominal cólico intermitente de 5 años de evolución, no valorada previamente

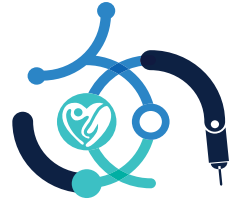
por un urólogo. La ecografía revelaba una gran dilatación pielocalicial izquierda y se descartó la presencia de vaso polar en el angioTC. Se realizó una endopielotomía endoscópica con balón de alta presión en dos ocasiones con colocación de doble J. Con la retirada del doble J presentó nuevamente una obstrucción de la unión pieloureteral con empeoramiento de la dilatación y de la función renal de manera progresiva (llegando al 25% de función), precisando la colocación de una nefrostomía percutánea. Finalmente, se decide realizar una ureterocalicostomía laparoscópica, con anastomosis del uréter lateralmente al cáliz inferior mediante sutura continua reabsorbible y colocación de catéter doble J.

RESULTADOS

Buena evolución postoperatoria inmediata siendo dada de alta a los 3 días de la intervención. Actualmente asintomática con una práctica resolución de la dilatación pielocalicial en la ecografía y una recuperación de la función renal (función del 40%). Tiempo de seguimiento mayor de un año.

CONCLUSIONES

La ureterocalicostomía laparoscópica es una opción terapéutica eficaz en los casos complejos de estenosis pieloureterales de diagnóstico tardío en los que no funcionan los tratamientos convencionales.



ABORDAJE TORACOSCÓPICO DE LA PATOLOGÍA PERICÁRDICA PEDIÁTRICA

Bada-Bosch I, García-Casillas MA, Pérez-Caballero R, Del Cañizo A, Pérez-Egido L, Ordoñez J, Blanco-Verdú MD, De Agustín JA.

INTRODUCCIÓN

La cirugía mínimamente invasiva es actualmente el estándar de realización de ventanas pleuropericárdicas en adultos, sin embargo, sólo existen 5 casos publicados de realización de ventanas pericárdicas y 22 de pericardiectomías toracoscópicas en niños.

OBJETIVOS

Presentar un caso de una paciente en la que se realizó dicha técnica por vía toracoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 11 meses con derrame pericárdico idiopático que no responde a tratamiento médico ni intervencionista. Se realiza una ventana pericárdica mediante toracoscopia con tres puertos de 5 y 3mm en 3er, 5º y 7º espacio intercostal. La ventana pericárdica se efectúa con tijera conectada a electrobisturí.

RESULTADOS

La duración total de la cirugía fue de 45 min. No hubo incidencias durante la intervención ni complicaciones postoperatorias y tras dos años la paciente se encuentra asintomática y sin datos de recidiva.

CONCLUSIONES

El abordaje convencional de la patología pericárdica en niños es la toracotomía o la esternotomía media. Ambos son agresivos y presentan tasas de complicaciones importantes. El abordaje subxifoideo se ha presentado como una alternativa menos invasiva, pero presenta una alta tasa de recidiva. Pese a su escasa representación en la literatura científica, la toracoscopia reúne las ventajas de ambas técnicas siendo asimismo segura.



NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA FLEXDEX

Marcos Marín D., Souto Soto A., Oliveira Curvo R., Corral L., Castellón Vela I.

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) es una técnica difícil con una curva de aprendizaje larga. La sutura laparoscópica es uno de los desafíos de la NPL por las limitaciones implícitas del instrumental laparoscópico sumadas a la complejidad que presenta la variabilidad del campo quirúrgico, a veces profundo. La cirugía robótica facilita la tarea de la sutura gracias a la articulación, que aumenta los grados de libertad. Flexdex es un porta agujas laparoscópico articulado. Su estructura se sujeta a la muñeca del cirujano y permite un control fino con articulación y giro, aumentando los grados de libertad del portaagujas. Presentamos un video sobre la nefrectomía parcial laparoscópica utilizando el nuevo porta agujas articulado FlexDex.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el video quirúrgico de un caso de tumor renal de 3 cm en polo inferior del riñón izquierdo (PADUA 9).

Se realizó nefrectomía parcial laparoscópica. Para la sutura de reparación del lecho quirúrgico se utilizó el porta agujas FlexDex.

RESULTADOS

La sutura del lecho quirúrgico se completó en dos planos utilizando el portaagujas FlexDex. El tiempo de isquemia fue menor de 20 minutos. El postoperatorio cursó sin complicaciones siendo dado de alta el 3er día postoperatorio.

CONCLUSIONES

FlexDex contribuye a la realización de una sutura quirúrgica precisa, aportando seguridad en la Nefrectomía parcial laparoscópica.



METASTASECTOMÍA MEDIANTE LAPAROSCOPIA DE MASA SUPRARRENAL: UNA OPCIÓN TERAPEÚTICA

Beatriz Gutiérrez, Álvaro Serrano, Jerónimo Barrera, Irene De La Parra, José Antonio Cortés, Laura Fernández, Roser Vives, Silvia Laso, Ángel Gómez, Jesús Moreno.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de mama ductal infiltrante ocasiona afectación metastásica en múltiples órganos, aunque la afectación de la glándula suprarrenal es poco frecuente en esta variante histológica. Si bien el tratamiento no está claramente establecido, la adrenalectomía laparoscópica se plantea como opción de tratamiento con intención curativa en estas pacientes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 60 años diagnosticada de un cáncer de mama, realizándose tumorectomía con linfadenectomía derecha. Tratamiento posterior con quimioterapia y radioterapia. Durante el seguimiento, se observa una masa adrenal derecha de 8.5 x 4.3 cm, realizándose en febrero de 2020 una adrenalectomía derecha laparoscópica vía transperitoneal. El análisis posterior corresponde a una metástasis suprarrenal de carcinoma de origen mamario. Evolución postoperatoria satisfactoria.

COMENTARIOS

Si bien los carcinomas de mama ocasionan metástasis en las glándulas suprarrenales, la variante histológica ductal infiltrante metastatiza con poca frecuencia en dichos órganos, habiendo pocos casos descritos en la literatura. Se ha visto una mayor supervivencia en pacientes con metástasis suprarrenal de otros tipos de tumores no mamarios que reciben tratamiento quirúrgico en comparación con los que reciben otro tipo de tratamiento.

Si bien la adrenalectomía laparoscópica es claramente el tratamiento de elección en lesiones adrenales benignas, no está totalmente establecida como tratamiento de elección en lesiones malignas. Dados los buenos resultados en algunas series y la posibilidad de prolongar la supervivencia en pacientes con metástasis adrenal única, decidimos tratar a nuestra paciente mediante cirugía vía laparoscópica, siendo conscientes que, debido a las características de la masa tumoral, cabía la posibilidad de tener que reconvertir a cirugía abierta.

CONCLUSIONES

Es poco frecuente la existencia de metástasis en la glándula suprarrenal del carcinoma ductal de mama. La resección metastásica mediante cirugía laparoscópica transperitoneal es una opción terapéutica a plantear, pudiendo mejorar la supervivencia de estas pacientes.



REIMPLANTE URETERAL CON PSOAS HITCH LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON ENDOMETRIOSIS PROFUNDA

Marcos Marín D., García Criado E., Souto Soto A., Oliveira Curvo R., Carballido Rodríguez J.A., Castellón Vela I.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis consiste en la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, predominantemente en pelvis. Afecta al 5% de las mujeres en edad reproductiva y presenta un pico de prevalencia entre los 25 y los 30 años.

La endometriosis profunda es la forma más severa de presentación de esta patología, afectando al aparato urinario en un 52.6% de los casos. La cirugía está indicada en casos de obstrucción del tracto urinario superior.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de una paciente de 40 años con endometriosis profunda a la que se realizó reimplante ureteral derecho con psoas hitch laparoscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza vídeo de la cirugía realizada describiendo la técnica de reimplan-

te ureteral laparoscópico con psoas hitch.

RESULTADOS

Mujer de 40 años derivada a Urología con diagnóstico de endometriosis profunda y clínica de dolor en hipogastrio y flanco derecho de meses de evolución. Aporta TAC con ureterohidronefrosis derecha IV/IV, secundaria a masa de partes blandas. Presenta función renal conservada.

Se indica colocación de nefrostomía percutánea derecha y se solicita renograma, que indica una contribución del riñón derecho a la función renal global del 22.7%. Se decide reimplante ureteral derecho.

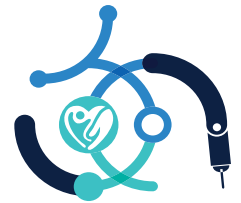
Se realiza reimplante ureteral derecho laparoscópico con psoas hitch y túnel antirreflujo (técnica Lich Gregoir) sin complicaciones.

Durante el seguimiento se demuestra franca mejoría de hidronefrosis derecha en TAC, con nefrograma y excreción simétricos respecto al riñón

izquierdo. En el renograma de control la aportación del riñón derecho a la función renal global es del 29.8%.

CONCLUSIONES

La endometriosis profunda puede afectar al aparato urinario, pudiendo provocar daños irreversibles. La cirugía está indicada cuando existe hidronefrosis y afectación funcional del aparato urinario. El reimplante ureteral laparoscópico con psoas hitch constituye un tratamiento adecuado en estenosis ureterales extensas que implican el tercio distal del uréter.



FISTULA VESICO-CUTÁNEA: UNA CONSECUENCIA INFRECUENTE DE LA APENDICECTOMÍA

Mediavilla Diez, E.; Pascual Fernandez, A.; Gala Solana L.; Romani Castro, R.;
Godoy Alvaro, J.E.; Adriazola Semino, M.A.; Campanario Pérez, F.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas vesicocutáneas son una entidad extraña y generalmente debidas a iatrogenia, que presentan un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 27 años de edad que como único antecedente de interés presenta apendicectomía abierta realizada a los 9 años. Acude a nuestra consulta por un cuadro de años de evolución de infecciones reiteradas de la herida quirúrgica con expulsión intermitente de material seroso por la misma.

RESULTADOS

La paciente es intervenida procediéndose a la exéresis del trayecto fistuloso por vía laparoscópica con buenos resultados tanto estéticos como funcionales.

CONCLUSIONES

La vía laparoscópica es una opción útil para el correcto tratamiento de esta patología.



EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE TUMORACIÓN PROSTÁTICA ASOCIADA A MALFORMACIÓN ANORRECTAL (VÍDEO)

Javier Ordóñez, María Fanjul, Agustín del Cañizo, María Dolores Blanco-Verdú, Esther Molina.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones de localización prostática son una entidad rara en la edad pediátrica, de difícil diagnóstico diferencial y tratamiento (acceso anatómico complejo, proximidad de estructuras adyacentes fácilmente lesionables, etc.) Presentamos un raro caso de malformación anorrectal (MAR) con tumoración prostática asociada, que pone de relieve el papel de la ecografía preoperatoria para planificar un tratamiento quirúrgico adecuado.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un niño con diagnóstico de malformación anorrectal (fístula perineal) con hallazgo casual de tumoración prostática en la ecografía abdominal rutinaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recién nacido a término, sin alteraciones en controles prenatales, con diagnóstico al nacimiento de MAR tipo fístula perineal. En la ecografía

abdominal realizada como screening de patología asociada a su malformación anorrectal, según protocolo de nuestro centro, se detecta una masa en espacio antero-lateral izquierdo a recto y posterior a uretra, de 13 mm de diámetro máximo. Se realiza resonancia magnética, donde se sospecha dependencia de la próstata. Se decide realizar dilatación de la fístula perineal y exéresis de la masa mediante un abordaje laparoscópico postponiendo la corrección de la MAR.

RESULTADOS

Se realiza exéresis completa de la masa (vídeo) sin incidencias, confirmando dependencia de la próstata. La evolución posoperatoria es satisfactoria. No se observan complicaciones, siendo dado de alta a las 48 horas de la intervención. El resultado de la anatomía patológica es diagnóstico de remanente del conducto mulleriano.

CONCLUSIONES

Tras revisión de la bibliografía, presentamos el primer caso descrito de aso-

ciación de remanente de conducto mulleriano y MAR. El abordaje laparoscópico permite un acceso excelente a la zona prostática con rápida recuperación postoperatoria y un excelente resultado estético. La ecografía preoperatoria para descartar patología asociada es imprescindible en la evaluación de las malformaciones anorrectales, incluso en las formas más leves.



GASTROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA USANDO UN TRÓCAR PELABLE: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO (VÍDEO)

Javier Ordóñez, Laura Pérez-Egido, Agustín del Cañizo, María Antonia García-Casillas, María Fanjul, Julio Cerdá, Isabel Bada-Bosch, María Dolores Blanco-Verdú, Juan Carlos de Agustín.

INTRODUCCIÓN

De entre las diferentes opciones quirúrgicas para la realización de una gastrostomía, el abordaje laparoscópico es el que ha demostrado una menor tasa de complicaciones mayores. En los últimos años, en nuestro centro se realizan mediante este abordaje y usando un trócar pelable para la introducción de la sonda de gastrostomía.

OBJETIVOS

Presentar nuestra experiencia en la realización de gastrostomías por vía laparoscópica y con la ayuda de un trócar pelable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogen las gastrostomías realizadas en los últimos cuatro años. La técnica consiste en la introducción de una óptica de 5 mm infraumbilical y dos trócares de 3 mm en fosa ilíaca izquierda y en hipocondrio derecho. Se selecciona el punto de inserción de la gastrostomía en cara anterior del

estómago, fijándola a la pared mediante 3 puntos transmurales. En la zona central, bajo visión directa, se inserta un trócar pelable de cistostomía percutánea, a través de la cual se introduce una sonda de Foley. El cambio por un botón de gastrostomía se realiza al mes de la cirugía en la consulta o mediante control radioscópico.

RESULTADOS

Se incluyen 17 pacientes, con una mediana de edad de 2.5 meses (rango 1-49 meses). La mediana del tiempo quirúrgico fue de 60 minutos (rango 50-70 minutos). No se presentó ninguna complicación intraoperatoria. Como complicaciones postoperatorias, se presentó un descolgamiento de la gastrostomía durante un recambio en la consulta, tratada por vía laparoscópica y con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES

La realización de las gastrostomías mediante esta técnica ofrece la ventaja de la elección del sitio de la gas-

trostomía en el estómago, una alta congruencia entre grosor de la sonda y el orificio (reduciendo las complicaciones locales), así como la necesidad de una única intervención quirúrgica.



ACCESO COMBINADO: UNA ALTERNATIVA PARA LA NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Mediavilla Diez, E.; Gala Solana, L.; Pascual Fernández, A.; Romaní Castro, R.; Godoy Alvaro, J.E.; Adriazola Semino, M.A.; Campanario Pérez, F.

INTRODUCCIÓN

Los tumores renales de gran tamaño en ocasiones presentan difícil manejo por laparoscopia convencional, siendo una posible opción la combinación con otros accesos laparoscópicos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 84 años de edad y antecedentes de glaucoma, hipertensión arterial, dislipemia y estenosis de canal lumbar. Acude a nuestra consulta remitida desde Medicina Interna por el hallazgo en masa renal de gran tamaño en el estudio de masa abdominal palpable a la exploración física. En el TAC de estudio se observa una masa renal derecha de 14 cm de diámetro.

RESULTADOS

La paciente es intervenida procediéndose a nefrectomía radical laparoscópica combinada del lado derecho. Tras más de año y medio de evolución la paciente no presenta signos de recidiva radiológica local ni a distancia.

CONCLUSIONES

El acceso laparoscópica combinado presenta las ventajas de un fácil control vascular de la retroperitoneoscopia, y de una mayor movilización renal debido a la laparoscopia transperitoneal. Todo ello con buenos resultados oncológicos.



VENTAJAS DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SINUS PILONIDAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Sonia Pérez-Bertólez, Oriol Martín-Solé, Inés Moraleda, Mario Cuesta, Clara Massaguer, Pedro Palazón, Xavier Tarrado.

INTRODUCCIÓN

Existen varias técnicas descritas para el tratamiento del sinus pilonidal: la exéresis en bloque con cicatrización por segunda intención, la exéresis y cierre primario o técnicas mínimamente invasivas como la cirugía endoscópica (Pediatric Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment o PEPSiT). Los procedimientos clásicos quirúrgicos están relacionados con una alta tasa de complicaciones y una disminución en la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

Evaluar las ventajas y la eficacia de la técnica endoscópica frente a la cirugía convencional del sinus pilonidal en población pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención no aleatorizado en pacientes pediátricos operados de sinus pilonidal durante el año 2019 en un único centro. Comparamos pacientes intervenidos exéresis

en bloque con cicatrización por segunda intención (ESI), la exéresis con cierre primario (ECP) y PEPSiT. En los distintos grupos comparamos: dolor en escala EVA, requerimiento analgésico, tiempo de epitelización completa, tiempo de realización de un hábito de vida normal y complicaciones. El análisis estadístico lo realizamos con el test exacto de Fisher para variables cuantitativas y con regresión lineal múltiple para variables continuas.

RESULTADOS

Se intervinieron 49 pacientes por sinus pilonidal en nuestro centro durante 2019: 23 ESI, 12 ECP y 14 PEPSiT. La edad media de los pacientes fue de 15,66 (DE=1,60) años, con un peso medio de 71,89 (DE=19,70) kg. El 79.59% de los pacientes habían padecido algún proceso infeccioso previo del sinus pilonidal. Globalmente, encontramos que los pacientes más jóvenes tenían menos dolor y los de mayor peso tardaban más en epitelizar y en realizar una vida normal. Encontramos menor dolor en la escala EVA con PEPSiT, ajustándolo por edad:

6,39 menos que con ESI (IC95%: 5,09-7,69; $p<0,001$) y 6,11 menos que con ECP (IC95%: 4,61-7,61; $p<0,001$), por lo que paralelamente tenían menor requerimiento analgésico con PEPSiT. La epitelización completa se consigue también antes con PEPSiT: 11 semanas antes que con ESI (IC95%: 6,16-15,85; $p<0,001$) y 2,66 semanas antes que con ECP (IC95%: -2,92-8,25; $p=0,3$). Los pacientes del grupo PEPSiT recuperan su hábito de vida normal 78 días antes de media que los ESI (IC95%: 42,16-114,91; $p<0,001$) y 39 días antes que ECP (IC95%: -2,49-81,44; $p=0,06$), ajustado por peso. No tuvimos complicaciones con la técnica PEPSiT frente a un 69.57% de complicaciones con ESI y 58.33% con ECP.

CONCLUSIONES

El tratamiento endoscópico del sinus pilonidal es una técnica efectiva, con un postoperatorio corto, indoloro y con fáciles cuidados. Permite la rápida recuperación de la actividad normal sin las restricciones que conlleva la cirugía convencional.



FISTULORRAFIA VESICO-SIGMOIDEA LAPAROSCÓPICA

Sanz del Pozo, M.; García de Jalón Martínez, A.; Ruíz Marcuello, F.;
Morollón Lóriz, M. J.; Sánchez Zalabardo, J. M.

INTRODUCCIÓN

La etiología fundamental de las fístulas vesico-intestinales es la existencia de patologías específicas del tracto gastrointestinal (diverticulitis, enfermedad de Crohn o neoplasia principalmente) o antecedente de radioterapia, infección o traumatismos. Generalmente se presentan con una clínica característica de neumaturia y fecaluria así como infecciones urinarias de repetición y tenesmo rectal. El diagnóstico puede realizarse mediante cistoscopia, aunque el TAC resulta de elección. El abordaje terapéutico de las mismas es quirúrgico, consiste en la resección intestinal y cierre de la vejiga.

OBJETIVOS

Dar a conocer las fístulas vesico-intestinales, una entidad relativamente poco frecuente, que requiere de una alta sospecha clínica para su diagnóstico, así como su manejo quirúrgico, poniendo de manifiesto el papel de la cirugía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

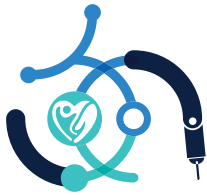
Presentamos el caso de un varón de 56 años con antecedente de diverticulosis aguda hace 2 años. Consulta por escozor miccional y neumaturia de 1 año de evolución. Se completa estudio con TAC abdominopélvico en el que se objetiva la presencia de fístula enterovesical a nivel de sigma, con gas intravesical. El urocultivo es positivo a E. coli.

RESULTADOS

Se realiza exploración laparoscópica objetivando plastrón de 10-12 cm que engloba sigma, asas de delgado y vejiga, procediéndose a la liberación de adherencias, fistulorrafia vesical en dos planos con sutura barbada y resección de sigma con anastomosis termino-terminal mecánica, procedimiento que requiere la colaboración entre Urología y Cirugía General. El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta a las 72 horas portando sonda vesical durante 2 semanas.

CONCLUSIONES

El abordaje laparoscópico de la fístula enterovesical resulta seguro y resolutivo, aportando ventajas en la morbilidad postoperatoria del paciente; en la mayoría de los casos resulta necesaria la colaboración interdisciplinar para llevarlo a cabo.



2020
SECLA

XVIII Congreso
Nacional de la
Sociedad Española de
Cirugía Laparoscópica
y Robótica

15, 16 y 17 /
Octubre
**CONGRESO
ONLINE**