



O-064 - RESECCIÓN COLORECTAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR VÍA TRANSVAGINAL

J.F. Noguera, C. Martínez, V. Gumbau, C. Basés, G. Martín, M. Bruna, A. Salvador y J.V. Roig

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos: La vía vaginal está consiguiendo un auge importante como vía de acceso y apoyo a la cirugía colorectal mínimamente invasiva. Si bien todavía está en fase de desarrollo, existen algunos condicionantes, trucos y consejos que se deben valorar antes de plantearse su uso. En este trabajo se pretende evaluar los condicionantes para el empleo de esta vía y destacar algunos trucos y consejos para fomentar su empleo en los abordajes laparoscópicos.

Métodos: A través de un análisis de los casos clínicos intervenidos por nuestro equipo quirúrgico desde octubre de 2007 en patología colorectal diversa, se analizan cuales son los condicionantes de uso de la vía vaginal, los gestos técnicos destacables para lograr el éxito en el abordaje y evitar complicaciones intra y postoperatorias.

Resultados: El abordaje transvaginal es seguro y con escasas complicaciones cuando se emplea como vía de apoyo para la cirugía colorectal. El cumplimiento de una correcta evaluación de la paciente antes de la indicación es mandatorio, así como el seguimiento de los consejos descritos para evitar las complicaciones posibles intra y/o postoperatorias. Se presentan los siguientes trucos y consejos acompañados de secuencias de vídeo. *Condicionantes de uso:* la vía vaginal puede ser empleada, de manera general y sin especificación de la técnica quirúrgica a realizar en el abdomen, en las pacientes que cumplan los siguientes requisitos: -Pacientes que hayan tenido hijos y no estén buscando activamente quedar gestantes. -Pacientes sin enfermedad pélvica ginecológica o de otra índole que pueda alterar la entrada transvaginal. -Pacientes que sigan evaluaciones ginecológicas anuales o que presenten evaluación satisfactoria ginecológica en el preoperatorio. -Se debería evitar su uso en neoplasias de la unión rectosigmoidea y rectales voluminosas. *Consejos en la preparación de la paciente:* -La vagina debe ser aseptizada con solución de povidona yodada al igual que se hace con el campo quirúrgico abdominal. Se debe insistir en una adecuada limpieza, sobre todo del fórnix vaginal. -Preparación de la paciente en Lloyd-Davies modificada. Exploración quirúrgica digital y/o con colposcopia en la preparación del acto quirúrgico. -Adecuación del equipamiento quirúrgico para el abordaje transvaginal. *Consejos en la realización de la colpotomía:* -Debe ser realizada en fórnix posterior, bajo visión laparoscópica directa de la entrada. -Debe tenerse especial cuidado con las posibles lesiones vesicales, rectales y vasculares. -Revisar que no se ha producido sangrado parietal vaginal con la entrada. *Consejos en la extracción de la pieza y cierre de la colpotomía.* -La extracción de las piezas cólicas debe ser protegida con bolsa plástica. En el caso del colon derecho, se debe evitar el "efecto balón" y en el colon izquierdo valorar si se realiza la preparación cólica

proximal de la anastomosis por la exteriorización vaginal. -La colpotomía puede ser cerrada mediante abordaje externo y sutura directa manual. -Preferiblemente con material reabsorbible, cubierto de solución antiséptica. -Colocación de compresa hemostática mientras finaliza el procedimiento con revisión al finalizar el mismo. *Revisiones postoperatorias:* -Se debe evaluar la ausencia de sangrado antes del alta. -Se recomienda no emplear la vía vaginal para relaciones sexuales ni exploraciones instrumentales en el mes siguiente a la cirugía. -Control a los 15 días, mes postoperatorio y preguntar por posibles sangrados, dispareunia, y fertilidad para hacer seguimiento a largo plazo de estos abordajes.