



## VC-145 - RESECCIÓN ILEOCECAL LAPAROSCÓPICA POR ILEOCOLITIS ISQUÉMICA EN CIRUGÍA DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Huerta, Martín; Solís, Alejandro; Villasante, Sara; Cabau, Claudia; Herms, Daniel; Galiana, Carmen; Nieto, Clara; Espín-Basany, Eloy

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** La ileocolitis isquémica constituye una entidad grave y potencialmente mortal. Tradicionalmente, su tratamiento en pacientes con peritonitis evidente ha consistido en una laparotomía precoz (WES *guidelines* 2017, Nivel evidencia IA). Recientemente, el abordaje laparoscópico se ha comenzado a considerar como una técnica segura y eficaz para confirmar el diagnóstico en casos dudosos, evaluar la extensión de la afección y ofrecer una opción terapéutica en casos de necrosis segmentaria. Presentamos el caso clínico de una resección ileocecal laparoscópica por ileocolitis isquémica.

**Caso clínico:** Varón de 70 años, con antecedentes de vasculopatía periférica (HTA, DM2, enfermedad renal crónica estadio V, múltiples amputaciones en pie derecho y fibrilación auricular). Acude a servicio de urgencias por dolor abdominal de moderada intensidad (EVA 6/10) y deposiciones con restos hemáticos. Progresivamente el paciente presenta empeoramiento clínico y hemodinámico, con requerimientos de soporte vasoactivo. Se realiza angioTC urgente que informa de un extenso segmento de íleon distal con signos de isquemia intestinal establecida y neumatosis portal intrahepática. Dados los hallazgos, se decide realización de laparoscopia exploradora. Bajo neumoperitoneo a 10 mmHg, se realiza laparoscopia exploradora, evidenciándose necrosis mural de los últimos 60 centímetros de íleon terminal, sin signos de perforación intestinal y con presencia de líquido serohemático libre en 4 cuadrantes. Se decide continuar procedimiento por vía laparoscópica por correcta tolerancia del paciente. Se realiza decolación de colon derecho y liberación de íleon terminal con Ligasure™. Se administran 2,5 mg de verde de indocianina que delimita isquemia ileal e hipoperfusión cecal. Se procede a sección ileal y colónica con endograpadora Echelon de 60 mm carga verde. Sellado y sección de mesoíleon y mesocolon, completando la resección ileocecal. Extracción de pieza quirúrgica en lugar previamente marcado por estomaterapeuta. Se vuelve a comprobar viabilidad intestinal con verde de indocianina y se confecciona ileostomía terminal con Vicryl™ 3-0. Intraoperatoriamente, requerimientos de noradrenalina a 5 ml/h, pH 7,23 y lactatos de 3,7 mmol/L. Duración del procedimiento de 108 minutos con pérdidas hemáticas < 100 cc. Posoperatoriamente, hipotensión arterial y requerimientos de soporte vasoactivo el tercer día posoperatorio, realizándose angioTC abdominal urgente sin signos de complicación. Alta hospitalaria el 8.º día posoperatorio.

**Discusión:** El abordaje laparoscópico para la enteritis isquémica constituye una alternativa

quirúrgica en pacientes hemodinámicamente inestables. El manejo individualizado y multidisciplinar (radiología, anestesia, enfermería, estomaterapeutas y equipo quirúrgico) es esencial para obtener unos resultados óptimos.