

Consideramos que la técnica que presentamos es sencilla, segura y reproducible, y que puede ser una opción válida en casos seleccionados de mujeres sin antecedentes de cirugía pélvica ni problemas ginecológicos (enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis...) con eventraciones periumbilicales, defectos aponeuróticos menores de 8 cm y sin contraindicación para su reparación laparoscópica, pudiendo el empleo de endoscopios flexibles en el acceso transvaginal ser útil para mejorar la visualización en los puntos alejados de la pelvis y en la pared lateral del abdomen¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clark MP, Qayed ES, Kooby DA, Maithel SK, Willingham FF. Natural orifice transluminal endoscopic surgery in humans: A review. *Minim Invasive Surg*. 2012;2012:189-296. Epub 2012 Jun 6.
2. Jacobsen GR, Thompson K, Spivack A, Fischer L, Wong B, Cullen J, et al. Initial experience with transvaginal incisional hernia repair. *Hernia*. 2010;14:89-91.
3. Powell B, Whang SH, Bachman SL, Astudillo JA, Sporn E, Miedema BW, et al. Transvaginal repair of a large chronic porcine ventral hernia with synthetic mesh using NOTES. *JLS*. 2010;14:234-9.
4. Misiakos EP, Machairas A, Patapis P, Liakakos T. Laparoscopic ventral hernia repair: Pros and cons compared with open hernia repair. *JLS*. 2008;12:117-25.
5. Coomber RS, Sodergren MH, Clark J, Teare J, Yang GZ, Darzi A. Natural orifice transluminal endoscopic surgery applications in clinical practice. *World J Gastrointest Endosc*. 2012;4:65-74.
6. Di Lorenzo N, Coscarella G, Lirosi F, Pietrantuono M, Susanna F, Gaspari A. Trocars and hernias: A simple, cheap remedy. *Chir Ital*. 2005;57:87-90.
7. Berger D, Bientzle M, Muller A. Postoperative complications after laparoscopic incisional hernia repair. Incidence and treatment. *Surg Endosc*. 2002;16:1720-3.
8. Hussain A, Mahmood H, Shuaib S, El-Hasani S. Prevention of trocar site incisional hernia following laparoscopic ventral hernia repair. *JLS*. 2008;12:206-9.
9. Lehmann KS, Ritz JP, Wibmer A, Gellert K, Zornig C, Burghardt J, et al. The German registry for natural orifice transluminal endoscopic surgery: Report of the first 551 patients. *Ann Surg*. 2010;252:263-70.
10. Noguera JF, Cuadrado A, Olea JM, García JC, Sanfeliu G. Integración del endoscopio flexible en cirugía digestiva. *Cir Esp*. 2012;90:558-63.

Marcos Bruna*, José Noguera, Isabel Martínez y Miguel Oviedo

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drbruna@comv.es, mbruna16@yahoo.es (M. Bruna).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.022>

Esplenopancreatectomía corporocaudal por puerto único

Single port distal pancreatectomy without spleen preserving

La consolidación de la pancreatectomía distal (PD) en la cirugía laparoscópica viene avalada por los múltiples estudios publicados que demuestran la seguridad y la eficacia de esta técnica¹⁻³. Paralelamente, la tendencia actual a ser cada vez menos agresivos ha facilitado el desarrollo de la cirugía por puerto único (PU), que cada día se aplica sobre nuevas enfermedades y órganos, consiguiendo realizar técnicas cada vez más complejas⁴⁻⁶. Siguiendo estas líneas de trabajo, algunos autores plantean que la PD por PU puede convertirse en una realidad no muy lejana. Sin embargo, la experiencia actual en la PD por PU es escasa, con apenas unos pocos casos publicados en la literatura⁷⁻⁹. A pesar de ello, creemos que, en manos de cirujanos con amplia experiencia laparoscópica, la PD por PU es una cirugía prometedora que en los próximos años mostrará un gran desarrollo. Presentamos nuestra experiencia inicial en la esplenopancreatectomía corporocaudal por puerto único (PCC-PU).

Paciente de 39 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por molestias abdominales. Se solicita una ecografía abdominal, detectándose una lesión 45 × 43 mm

en el cuerpo-cola del páncreas. El estudio preoperatorio incluyó una TAC con contraste i.v. y una ecoendoscopia oral, que mostraban una masa de 5 × 5 cm en la unión del cuerpo y cola de páncreas, compatible con un posible tumor pseudopapilar con necrosis en su interior que infiltraba la vena esplénica (fig. 1A). No se identificaron adenopatías. La PAAF mostró una neoplasia epitelial sugestiva de malignidad. Posteriormente, el paciente fue programado para intervenirse mediante una PCC-PU.

Bajo anestesia general, el paciente se sitúa en decúbito supino en posición francesa. Tras un lavado exhaustivo del ombligo, el acceso a la cavidad abdominal se realiza mediante una incisión transversa transumbilical de 2,5 cm, sobre la que colocamos un dispositivo para puerto único SILS port (Covidien Ltd, Norwalk, Connecticut, EE. UU.), con entrada para 2 trocares de 5 mm y uno de 12 mm. Posteriormente, se realiza el neumoperitoneo con dióxido de carbono a una presión de insuflación de 14 mmHg. A través de uno de los trocares de 5 mm, se introduce una óptica rígida de 30° (Olympus Ltd., Hamburgo, Alemania), lo que permite, bajo

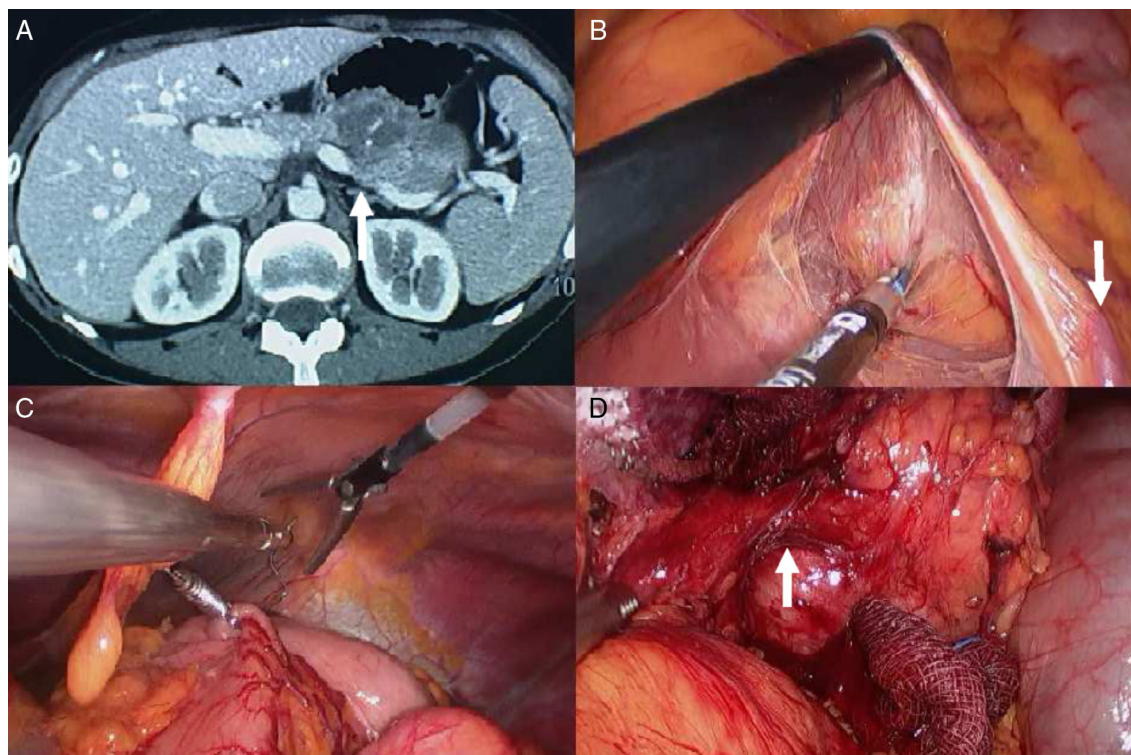


Figura 1 – A) TAC abdominal con contraste. La flecha señala el tumor en la cola del páncreas infiltrando la vena esplénica. B) Disección del mesocolon transverso. La flecha señala la vena mesentérica inferior. C) Colocación de Endograb. D) Tumoración disecada. La flecha señala la vena esplénica infiltrada por el tumor.

visión directa, insertar los 2 trocares restantes. Por el trocar de 5 mm libre, se introduce una pinza grasper roticulada (Roticulator Endodissect, Covidien Ltd. Norwalk, Connecticut, EE. UU.) sujeta con la mano izquierda del cirujano, utilizando el trocar de 12 mm para introducir el resto del instrumental. El paciente fue situado en una posición de anti-Trendelenburg y decúbito lateral derecho para facilitar la exposición del páncreas.

El primer paso consiste en disecar la cara inferior del páncreas, accediendo a través del mesocolon transverso izquierdo, justo por debajo de la vena mesentérica inferior (fig. 1B).

Para ello empleamos un LigaSure Advance® 5 mm (Covidien Ltd., Norwalk, Connecticut, EE. UU.). Esta maniobra nos permite valorar la infiltración de estructuras vecinas antes de realizar ninguna maniobra irreversible y continuar con la cirugía por PU en condiciones de seguridad.

Posteriormente, seccionamos el ligamento gastrocólico para acceder a la transcavidad de los epiplones y ligar los vasos cortos del bazo. Para facilitar la exposición del páncreas y de la lesión tumoral, empleamos un dispositivo Endograb® (Virtual Port Ltd, Caesarea, Israel) que se ancla por un lado a la cara posterior del cuerpo gástrico y por otro a la pared anterior del abdomen. Con esta maniobra, el páncreas queda totalmente expuesto.

A continuación, localizamos el tronco celíaco y la salida de la arteria esplénica. Con suavidad, se crea el esbozo de un túnel retropancreático por encima de la arteria y vena esplénica, a nivel de la unión de la cabeza con el cuerpo del páncreas, y se completa con la ayuda del gold-finger.

De esta forma, encontramos el espacio suficiente para poder realizar la sección del páncreas con una endograpadora roticuladora 60 mm (EndoGIA Roticulator, Covidien Ltd., Norwalk, Connecticut, EE. UU.) con carga púrpura reforzada con fundas de material reabsorbible de tipo Seamguard (W. L. Gore & Associates, Flagstaff, Arizona, EE. UU.).

Finalmente, se liga la vena esplénica con una endograpadora roticuladora 45 mm con carga blanca, así como la arteria esplénica a su salida del tronco celíaco. Se moviliza la cola del páncreas y el bazo, y se extrae en una bolsa Endocatch II 15 mm Specimen Pouch (Covidien Ltd., Norwalk, Connecticut, EE. UU.) a través de la incisión transumbilical.

El cierre de la fascia se realiza con maxon-loop 1/0, y la piel con vicryl rapid 2/0.

No fue necesaria la colocación de drenajes. El tiempo quirúrgico total fue de 140 min y las pérdidas sanguíneas fueron mínimas, con apenas 35 cc. La incisión final tras la extracción de la pieza quirúrgica midió 3,4 cm.

El postoperatorio transcurrió sin eventos. El paciente comenzó dieta líquida el primer día postoperatorio, progresando a una dieta libre de grasas en el segundo día. Logró la deambulación independiente el primer día postoperatorio, siendo dado de alta hospitalaria al segundo día. La anatomía patológica demostró la presencia de tumor endocrino bien diferenciado de 6 cm de diámetro máximo, que no afectaba al plano de resección.

En la actualidad, múltiples estudios señalan la superioridad de la cirugía laparoscópica en la PD frente a la cirugía abierta, demostrando menor morbilidad y estancia hospitalaria¹⁰. Por ello, siempre que sea posible, la cirugía mínimamente invasiva

debe ser nuestra primera opción cuando nos enfrentemos a una PD.

Recientemente, el PU presenta un interés creciente en distintas enfermedades⁴⁻⁶. Sin embargo, la PCC-PU y la PD no son cirugías habituales debido a las dificultades técnicas. Dichas dificultades pueden ser salvables gracias al desarrollo del instrumental, junto con una experiencia amplia en cirugía laparoscópica. Por otro lado, para poder realizar con garantías esta técnica, debemos seleccionar adecuadamente a los pacientes. Las lesiones mayores de 5 cm deben ser valoradas, dado que, probablemente, sea necesario ampliar la incisión para poder extraer la pieza quirúrgica⁷.

Creemos que la PCC-PU es una técnica prometedora, que podrá ser realizada con garantías de seguridad y eficacia en los próximos años, siempre que los pacientes sean adecuadamente seleccionados y remitidos a centros de alto rendimiento en cirugía laparoscópica avanzada y con experiencia en PU.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sui CJ, Li B, Yang JM, Wang SJ, Zhou YM. Laparoscopic versus open distal pancreatectomy: A meta-analysis. *Asian J Surg.* 2012;35:1-8.
2. Rosales-Velderrain A, Stauffer JA, Bowers SP, Asbun HJ. Current status of laparoscopic distal pancreatectomy. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2012;58:239-52.
3. Pericleous S, Middleton N, McKay SC, Bowers KA, Hutchins RR. Systematic review and meta-analysis of case-matched studies comparing open and laparoscopic distal pancreatectomy is it a safe procedure? *Pancreas.* 2012; 41:993-1000.
4. Huang CK, Lo CH, Houg JY, Chen YS, Lee PH. Surgical results of single-incision transumbilical laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8:201-7.

5. Saber AA, Elgamal MH, Itawi EDA, Rao AJ. Single incision laparoscopic sleeve gastrectomy (SILS): A novel technique. *Obes Surg.* 2008;18:1338-42.
6. Cuesta MA, Berends F, Veenhof AA. The «invisible cholecystectomy»: A transumbilical laparoscopic operation without a scar. *Surg Endosc.* 2008;22:1211-3.
7. Misawa T, Ito R, Futagawa Y, Fujiwara Y, Kitamura H, Tsutsui N, et al. Single-incision laparoscopic distal pancreatectomy with or without splenic preservation: How we do it. *Asian J Endosc Surg.* 2012;5:195-9.
8. Chang SK, Lomanto D, Mayasari M. Single-port laparoscopic spleen preserving distal pancreatectomy. *Minim Invasive Surg.* doi:10.1155/2012/197429.
9. Kuroki T, Adachi T, Okomoto T, Kanematsu T. Single incision distal pancreatectomy. *Hepatogastroenterology.* 2011;58:1022-4.
10. Nigri GR, Rosman AS, Petruccianni N, Fancellu A, Pisano M, Zorcolo L, et al. Metaanalysis of trials comparing minimally invasive and open distal pancreatectomies. *Surg Endosc.* 2011;25:1642-52.

Salvador Morales-Conde*, Mercedes Rubio-Manzanares, Isaías Alarcón, Antonio Barranco y María Socas

Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: smoralesc@gmail.com
(S. Morales-Conde).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.019>

Hematoma retroperitoneal espontáneo y embarazo.

Caso clínico

Spontaneous retroperitoneal hematoma and pregnancy.

Case report

Se trata de paciente de 30 años, 3 gestas, 2 cesáreas, quien acude a la Urgencias por presentar embarazo de 30 semanas y dolor de fuerte intensidad, de aparición súbita y de carácter punzante en cuadrante inferior izquierdo de 12 h de evolución. Los familiares negaron antecedentes de traumatismos abdominales en los días previos. La paciente reportó la presencia de diaforesis desde el inicio del dolor, negando la presencia de náuseas, vómitos, fiebre, disnea o dolor torácico. Al interrogatorio, la paciente negó antecedentes de hipertensión arterial, hematuria o cualquier desorden médico importante. Hasta el día de la hospitalización, el embarazo había transcurrido sin complicaciones. Las 2 cesáreas fueron 7 y 5 años antes de la hospitalización.

La paciente estaba en malas condiciones, no se encontró actividad cardíaca fetal. Estaba taquicárdica e hipotensa y el abdomen estaba distendido pero no había evidencia de hipertensión uterina. El diagnóstico inicial fue de rotura uterina y se decidió realizar cesárea con una incisión mediana abdominal; se encontró gran cantidad de sangre libre en cavidad abdominal y se obtuvo un mortinato. Al romper las membranas, el líquido amniótico estaba claro. En la exploración del útero y los anexos no se observaron anomalías macroscópicas. Sin embargo, se observó un extenso hematoma retroperitoneal (HRE) que se extendía a través de la línea media y hacia la pelvis. Se decidió abrir el espacio retroperitoneal, observándose que la arteria renal izquierda tenía una pequeña