CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):663

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-290 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON ASISTENCIA BIVENTRICULAR

González Alcolea, Natalia; Chaparro Cabezas, María Dolores; Lucena de la Poza, José Luis; Jiménez Cubedo, Elena; Calvo Espino, Pablo; Serrano González, Javier; Bennazar Nin, Rosaura; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de colecistectomía laparoscópica en paciente en lista de espera para trasplante cardíaco, portador de una asistencia biventricular tipo EXCOR.

Caso clínico: Varón de 51 años con antecedentes de apendicectomía, hipertiroidismo, tuberculosis pulmonar, fibrilación auricular, insuficiencia renal leve y miocardiopatía hipertrófica no obstructiva, incluido en lista de espera para trasplante cardíaco. Ingresa en Cardiología con insuficiencia cardiaca descompensada con hígado de estasis y ascitis, siendo preciso el implante de asistencia tipo EXCOR biventricular. Durante el ingreso el paciente comienza con dolor abdominal en hipocondrio derecho, leucocitosis y fiebre, diagnosticándose de colecistitis aguda litiásica en TC abdominal. Vía biliar sin alteraciones. Se inicia antibioterapia intravenosa con meropenem y, ante mala evolución, se realiza colecistostomía percutánea, con buena evolución posterior. Sin embargo, dado que el paciente está en lista de espera para trasplante, y éste no se puede realizar sin realizar el control definitivo del foco infeccioso, se plantea la cirugía. Ésta se realiza 6 semanas después de la colecistostomía. Se plantea realizar el procedimiento por vía laparoscópica, colocando al paciente en posición francesa. Con la colaboración de Cardiología se controla el dispositivo biventricular durante la intervención. Se objetiva una vesícula biliar localizada a la izquierda del ligamento redondo, con persistencia de cambios inflamatorios y catéter de colecistostomía. Se realiza colecistectomía laparoscópica reglada. El paciente presenta un postoperatorio sin incidencias y finalmente es trasplantado mes y medio después de la intervención.

Discusión: Las asistencias ventriculares son dispositivos mecánicos de asistencia circulatoria usados como puente al trasplante cardíaco. Las cánulas se exteriorizan a través del epigastrio, quedando el resto del dispositivo apoyado sobre el abdomen. Es importante evitar fenómenos de “kinking” y tensión de las cánulas, y por lo tanto, no se puede elevar el dispositivo con respecto al abdomen más de 10-15º, ya que esto conlleva un mal funcionamiento del mismo y disminución del gasto cardíaco. Esto dificulta la realización de intervenciones quirúrgicas (como la colecistectomía en nuestro caso) en estos pacientes, con la dificultad añadida de que suelen ser pacientes críticos. El abordaje laparoscópico es más favorable que el abierto, ya que los trócares pueden adaptarse a los espacios presentes entre las cánulas y en los flancos, especialmente cuando se realiza en posición francesa. No obstante, siempre hay que tener en cuenta que la posición de antiTrendelemburg suele ser mal tolerada y que el neumoperitoneo puede fugar al tórax o mediastino en caso de que las

cánulas hayan atravesado el peritoneo en el momento de la colocación de la asistencia biventricular. Asimismo, se debe planear antes de la intervención los posibles accesos en caso de precisar conversión a laparotomía, y la colaboración de Cardiología durante la colocación del paciente para comprobar el grado de desplazamiento del dispositivo que pueda ser tolerado sin repercusión hemodinámica y que por lo tanto, podremos realizar durante la cirugía para facilitar la misma o en caso de conversión.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados