

Eventroplastia laparoscópica por eventración umbilical encarcerada a través de una sola incisión: un nuevo abordaje

Single incision laparoscopic surgery (SILS) for incarcerated incisional hernia: A new approach

La eventroplastia laparoscópica se está mostrando como un método seguro y de fácil aprendizaje en el tratamiento de las hernias ventrales, y se presenta como una alternativa al abordaje abierto tradicional en casos seleccionados¹. El interés creciente en utilizar métodos de abordaje menos invasivos ha favorecido el desarrollo de la técnica *single incision laparoscopic surgery* (SILS, cirugía laparoscópica con incisión única) que, aplicada a la cirugía de las eventraciones, permite la realización del procedimiento laparoscópico estándar a través de una sola incisión en la pared abdominal.

Hasta el momento, el procedimiento quirúrgico más habitual en el que se ha utilizado el abordaje SILS es la colecistectomía, aunque también se han comunicado apendicectomías², nefrectomías³, esplenectomías⁴ y algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de baja complejidad. A pesar de que este abordaje parece presentar ventajas respecto al abordaje laparoscópico convencional, se necesitan, obviamente, estudios prospectivos con un mayor número de casos para poder evaluar los beneficios de esta técnica.

Hasta el momento de la redacción de este trabajo no hemos encontrado publicada en la literatura científica ninguna referencia al tratamiento de la hernia incisional mediante la técnica SILS.

Presentamos, por tanto, la aplicación del abordaje SILS en el tratamiento laparoscópico de una eventración umbilical encarcerada atendida en el servicio de urgencias de nuestro centro. Se trata de un paciente de 54 años intervenido 5 años antes por una hernia umbilical en la que se realizó herniorrafia simple. El paciente acudió a urgencias y presentaba una eventración umbilical encarcerada de unos 8 cm de diámetro exterior y se decidió intervenir de forma urgente a través de un abordaje laparoscópico con un solo trocar.

Se realiza una incisión de 2,5 cm en el flanco izquierdo y se dislaceran los planos musculares de la pared abdominal lateral hasta la abertura del peritoneo. Introducimos un trocar Triport[®] (Advanced Surgical Concepts, Wicklow, Irlanda) (fig. 1), sin recortar la bolsa cobertora, sino enrollándola sobre sí misma, lo que, en nuestra experiencia tanto experimental como clínica, permite la recolocación del dispositivo tras su retirada temporal para introducir la prótesis.

Se crea un neumoperitoneo a una presión de 13 mmHg. Utilizamos una óptica de 10 mm y 30° (Storz), pinzas de agarre de 5 mm y el sellador de vasos Ligasure[®] de 5 mm (Valleylab, Boulder, Colorado, EE. UU.). Tras la reducción del contenido de la eventración y la identificación de los márgenes del defecto aponeurótico (aproximadamente 6 cm de diámetro),

introducimos a través de la incisión (retirando momentáneamente el trocar) una prótesis bicapa de polipropileno/politetrafluoroetileno (PTFE) de 15 × 15 cm (Bard Composix Mesh[®], Davoil Inc., Crawley, Reino Unido) referenciada con hilos de sutura en los 4 puntos cardinales. Con un pasahilos extraemos los 4 hilos a través de la pared abdominal para posicionar adecuadamente la prótesis y comprobar que sobrepasa los márgenes del defecto en al menos 5 cm en todo el perímetro de éste. Finalmente fijamos la prótesis con helicosturas de material reabsorbible (Absorbatack[®], Covidien, Norwalk, Connecticut, EE. UU.) en 2 coronas, una interior y la otra exterior. La aponeurosis se cerró con puntos sueltos de material irreabsorbible. En la figura 2 se muestra una imagen del abdomen del paciente tras la intervención quirúrgica. La duración de la intervención fue de 46 min. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias y se pudo dar de alta al paciente a las 24 h. Al mes de la intervención el paciente se encuentra bien y la herida quirúrgica presenta un buen aspecto estético.

En casos seleccionados, el abordaje laparoscópico de las eventraciones de la pared abdominal permite la reparación de los defectos de la pared y evita la agresión a unos tejidos ya de por sí deteriorados que supone la cirugía abierta. Además, la laparoscopia permite identificar pequeños defectos (eventraciones multisaculares) que pueden pasar inad-



Figura 1 – Dispositivo Tri-Port[®] (Advanced Surgical Concepts Inc.).



Figura 2 – Imagen postoperatoria.

vertidos en el abordaje abierto⁵. Debido a que no suelen ser necesarias maniobras importantes de triangulación/tracción, la utilización de dispositivos de puerto único multicanal no dificulta de manera significativa la realización del procedimiento.

Consideramos que el abordaje laparoscópico con una única incisión, mediante un dispositivo de puerto único multicanal, puede ser una alternativa factible y segura para la reparación de las eventraciones de la pared abdominal al aportar una menor invasividad a los beneficios ya reconocidos al abordaje laparoscópico convencional con 3 puertos. Indudablemente, se necesitan estudios clínicos y de coste-beneficio que

permitan establecer las ventajas que este nuevo abordaje puede proporcionar a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sajid MS, Bokhari SA, Mallick AS, Cheek E, Baig MK. Laparoscopic versus open repair of incisional/ventral hernia: A meta-analysis. *Am J Surg.* 2009;197:64-72.
2. Vidal O, Valentini M, Ginestà C, Benarroch G, García-Valdecasas JC. Single incision laparoscopic appendectomy (SILS): Initial experience. *Cir Esp.* 2009;85:317-9.
3. Raman JD, Bagrodia A, Cadeddu JA. Single-incision, umbilical laparoscopic versus conventional laparoscopic nephrectomy a comparison of perioperative outcomes and short-term measures of convalescence. *Eur Urol.* 2009;55:1198-204.
4. Barbaros U, Dinççağ A. Single incision laparoscopic splenectomy: The first two cases. *J Gastrointest Surg.* 2009;13:1520-3.
5. Shiwani MH, Whitfield CG. Laparoscopic repair of incisional hernia: A valid option. *J Pak Med Assoc.* 2009;59:263-4.

J. Daniel Sánchez López*, Jesús Garijo Alvarez, Luis García-Sancho Téllez, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera y Jesús Torres Jiménez

Servicio de Cirugía General, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dasalop@gmail.com, dasalop@telefonica.es (J.D. Sánchez López).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.10.001

Presentación clínica infrecuente de cistoadenoma biliar

Unusual clinical presentation of biliary cystadenoma

Actualmente, el desarrollo de las técnicas de imagen ha permitido que el diagnóstico de las tumoraciones hepáticas se obtenga habitualmente mediante éstas, y es cada vez más excepcional recurrir al empleo de la biopsia percutánea. En ocasiones, por situaciones especiales como es la de este caso, es posible confundir al cistoadenoma biliar (CB) con otras tumoraciones quísticas complejas, entre ellas el absceso hepático.

Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años, sin antecedentes de interés, salvo frecuentes viajes intercontinentales, con clínica de varios días de evolución de febrícula vespertina, dolor en el hemiabdomen superior y una imagen compatible con absceso hepático tras estudio inicial ecográfico (fig. 1). Se procedió a la colocación de drenaje percutáneo, el que obtuvo líquido serohemático no purulento y no consiguió drenar totalmente la lesión debido a la presencia de tabiques fibrosos internos. Se envió al paciente a nuestro centro para completar el

estudio. Se instauró tratamiento antibiótico de amplio espectro, con el que cedió la clínica febril. Los hemocultivos y el cultivo del aspirado resultaron negativos. En la analítica sanguínea se observó 14.000 leucocitos/mm³ (4.500-10.500), 0,8 mg/dl (<1) de bilirrubina total, 273 U/l (40-120) de fosfatasa alcalina, 230 U/l (8-38) de GGT, y 467 U/ml (<37) de CA 19/9 plasmático. El resto de los parámetros estaba dentro de la normalidad. La serología de hidatidosis fue negativa. En la TC con contraste i.v. se observó una lesión quística bien delimitada de 9 cm de diámetro, ubicada en el lóbulo hepático izquierdo, multitabuada y sin realce anular periférico (fig. 2). En una ecografía realizada 48 h después, la lesión había reducido su tamaño a 4 cm, presentaba una mínima cantidad de líquido en su interior y la punta del catéter se encontraba fuera de ésta. Se procedió a la colocación de un nuevo drenaje percutáneo y se descartó la comunicación de la lesión con el tracto biliar tras inyección de contraste; los hallazgos fueron compatibles con el proceso