CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):1012

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-052 - EXTIRPACIÓN MEDIANTE CECOSTOMÍA POR PUERTO ÚNICO DE ADENOMA DISPLÁSICO EN VÁLVULA ILEOCECAL

Manzano Martín, María Isabel[1]; Morales, Salvador[2]; Alarcón, Isaias[2]; Socas, María[2]; Durán, Victoria[2]; Ibáñez, Francisco[2]; Barranco, Antonio[2]; Padillo, Javier[2]

[1]Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres; [2]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Describir una nueva técnica mínimamente invasiva para la extirpación de adenomas con displasia de bajo o alto grado, que no pueden ser extirpados por vía endoscópica, bien por el riesgo de perforación o bien por la localización que impide su exéresis por las características anatómicas de la zona. Esta opción puede suponer una variante terapéutica segura y razonable, dado que se evita la resección de un segmento de colon que estaría asociado a una mayor morbimortalidad.

Caso clínico: Paciente derivado para cirugía con informe de colonoscopia informada cono adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado en ciego, cercano a la válvula ileocecal y que se encuentra situado tras la misma, que impide su extirpación por vía endoscópica. Se accede a la cavidad abdominal conformando neumoperitoneo con aguja de Verres e introduciendo tres trócares, dos de trabajo de 5 mm uno supraumbilical, otro en hipogastrio y otro a nivel umbilical de 10 mm. Se localiza por colonoscopia durante el mismo acto quirúrgico, el adenoma, encontrándose sobre la válvula ileocecal y siendo técnicamente imposible de ser extirpado por esta vía de abordaje. Se realiza introducción de dispositivo de puerto único tipo triport plus® (Olympus) en ciego, tras la movilización del mismo realizando una incisión de 1-2 cm en su borde antimesentérico en un área identificada con la ayuda de la endoscopia enfrentada a la lesión. Con la introducción de la cámara, tijera y pinza de trabajo, se logra realizar la disección del adenoma. Se sutura el defecto de aproximadamente dos centímetros, con sutura monofilamento barbada de 3/0 reabsorbible. Posteriormente se procede a la retirada del dispositivo del puerto único, cerrando el orificio, incluyendo el apéndice con una endo-GIA con carga morada. El paciente cursó con buena evolución siendo dado de alta a las 48 horas del procedimiento. La anatomía patológica es informada como adenoma con displasia de alto grado con bordes de resección libres.

Discusión: La presencia de adenomas, con mayor o menor grado de displasia, es muy frecuente a partir de los 50 años de edad. A mayor edad, mayor riesgo de degeneración del adenoma así como mayores comorbilidades asociadas, que dificultan la recuperación de cirugías más agresivas tales como hemicolectomías, laparotomías, etc., para extirpar carcinomas *in situ* o adenomas de tamaño considerable. A partir de los 2 cm la resección endoscópica plantea un reto y a veces esta no es posible por la escasa accesibilidad. Además, del 30-50% de los pacientes con un adenoma, contendrán al menos otro adenoma sincrónico. Técnicas menos invasivas y agresivas para resecar tumores en estadios iniciales o adenomas displásicos, mejorarán no solo el gasto sanitario por

disminuir estancia hospitalaria y número de complicaciones postoperatorias, sino que además supondrán, una mejoría en la calidad de vida de los pacientes y un más rápido retorno a la fisiología normal.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados