



VC-087 - RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO LAPAROSCÓPICA TRAS INTERVENCIÓN DE HARTMANN

Gómez Martín, Antonio Enrique; Gallango Silva, Irene; Palacios Monroy, José Luis; García Pérez, Blanca; Merino García, María del Mar; Afanador Rodríguez, María; Carretero Balsara, María Esther; Carmona Agúndez, María

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: La reconstrucción del tránsito tras un Hartmann se asocia a una alta morbilidad quirúrgica (50%) y una mortalidad cercana al 1% (5% en algunas series). Las complicaciones más frecuentes son la infección de la herida quirúrgica y el íleo paralítico, siendo la más letal y temida la fuga anastomótica. El momento óptimo para realizar la reconstrucción tras la cirugía primaria sigue siendo un punto de discusión importante, siendo ampliamente aceptada la espera de 4-6 meses. En la literatura, el porcentaje de pacientes que se reconstruyen tras un Hartmann oscila entre el 21 y el 70% dependiendo de la serie. Los factores predictores más importantes para la reconstrucción son la edad y las comorbilidades. En nuestro centro, la tasa de reconstrucción tras un Hartmann por diverticulitis aguda es del 62%, con una mediana de espera de 20 meses hasta la cirugía.

Objetivos: Describir los pasos a seguir para realizar una reconstrucción del tránsito vía laparoscópica tras una intervención de Hartmann.

Métodos: Documento audiovisual de una intervención quirúrgica real sobre una reconstrucción del tránsito por vía laparoscópica. Se trataba de un varón de 56 años que presentó un episodio de diverticulitis aguda perforada con peritonitis purulenta, llevándose a cabo una sigmoidectomía urgente por vía laparoscópica con colostomía terminal.

Resultados: Tras varios meses de seguimiento se decide intervenir al paciente en un segundo tiempo para reconstrucción del tránsito. Para ello, bajo anestesia general se coloca al paciente en posición de Lloyd-Davies. Tras la creación del neumoperitoneo y la colocación de los trócares se realiza una adhesiolisis cuidadosa, identificando las estructuras de la pelvis para evitar lesiones iatrogénicas, y finalmente se identifica el muñón rectal. Tras la liberación del mismo y la transección del mesorrecto se procede a la sección de unos centímetros para refrescar el muñón y conseguir una anastomosis bien vascularizada y de calidad. Posteriormente se desciende el ángulo esplénico del colon mediante un abordaje de medial a lateral bajo la vena mesentérica inferior, complementado con la sección del surco parietocólico izquierdo y el descolgamiento coloepiploico. A continuación, se secciona el colon descendente para separarlo del estoma, se extirpa dicho estoma y se introduce el cabezal de la endograpadora circular. Finalmente, tras comprobar la correcta vascularización de los cabos con verde de indocianina y la ausencia de tensión ni mal rotación, se procede a confeccionar una anastomosis terminoterminal mecánica. Se comprueba la integridad de la misma con una

prueba de estanqueidad neumática y se coloca un drenaje. Para terminar, se cierra el orificio de la antigua colostomía en jareta. El paciente evolucionó de forma favorable, con tránsito reestablecido al tercer día, y alta al sexto día posoperatorio.

Conclusiones: Dada la baja frecuencia de reconstrucciones intestinales, los tiempos de espera y la morbimortalidad asociada, los cirujanos deben ponderar cuidadosamente y justificar la decisión de llevar a cabo un Hartmann, aportando al paciente la información necesaria sobre las diferentes opciones quirúrgicas y sus riesgos. En pacientes seleccionados, el cierre de la colostomía es un procedimiento seguro, pero con una morbilidad significativa.