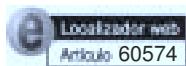


Cartas al director



Uso del trocar óptico en laparoscopia

Sr. Director:

El trocar óptico, de punta cónica no cortante con visión directa (fig. 1), aporta claros beneficios para el acceso laparoscópico^{1,2} y nos gustaría hacer varias consideraciones sobre su utilización.

En primer lugar, facilita el acceso directo a la cavidad y la introducción del neumoperitoneo bajo visión directa con óptica de 0°, en cavidades abdominales con adherencias postoperatorias, y evita complicaciones graves, como las lesiones iatrogénicas de asas o grandes vasos descritas con la aguja de Veress³, que requieren reconversión, suturas o reconstrucciones y agravan el pronóstico del paciente, incluso con mortalidad⁴.

En segundo lugar, no requiere cerrar la incisión, dada su estructura cónica. Su introducción no es cortante y conforma un trayecto espiroideo, que sólo separa los planos, y se produce en la retirada una superposición de éstos que ocluye el trayecto e impide la introducción de estructuras a su través. Con ellos, se reduce la tasa de hernias poslaparoscopia al 0,1%, respecto al 1,2% en trocares de 10 mm estándares o el 3% con Hasson⁵.

El único inconveniente es la extracción de piezas, cuando resulta imposible su extracción por el trocar de 10 mm. Entonces puede ampliarse la incisión mediante el cortador de fascias y utilizar una bolsa protectora; se aconseja suturar la incisión con un pasahilos y visión laparoscópica.

En conclusión, creemos que tanto la iatrogenia como las hernias poslaparoscopia, aunque infrecuentes, deben

evitarse. El trocar óptico facilita estas circunstancias, por lo que su uso debería generalizarse y es especialmente interesante en las eventraciones por las adherencias previas y pacientes obesos, donde la incidencia de hernias es elevada.

Rosa Fernández-Lobato,
Juan Carlos Ruiz de Adana-Belbel,
Julio López-Herrero y Manuel Limones-Esteban

Servicio de Cirugía General y Digestivo.
Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Bibliografía

1. Semm K. Cutting versus conical tip designs. *Endosc Surg Allied Technol* 1995;3:39-47.
2. Leibl BJ, Schmedt CG, Schwartz J, Kraft K, Bittner R. Laparoscopic surgery complications associated with trocar tip design: review of literature and own results. *J Laparoendosc Ad Surg Tech* 1999;2:135-40.
3. Schaffer M, Lauper M, Krahenbuhl L. Trocar and veress needle injuries during laparoscopy. *Surg Endosc* 2001;15:275-80.
4. Chandler JG, Corson SL, Way LW. Three spectre of laparoscopic entry access injuries. *J Am Coll Surg* 2001;192:478-91.
5. Mayol J, García-Aguilar J, Ortiz-Oshiro E, De Diego-Carmona JA, Fernández-Represa J. Risk of the minimal access approach for laparoscopic surgery: multivariate analysis of morbidity related to umbilical trocar insertion. *World J Surg* 1997;21:529-33.



Fig. 1. Trocar óptico, de punta cónica y transparente, que permite su introducción bajo visión directa con la óptica de 0°.