

Hemicolectomía derecha por cáncer de colon por vía laparoscópica con puerto único

Single incision laparoscopic right hemicolectomy due to cancer of the colon

La cirugía del cáncer de colon por laparoscopia es una realidad, dado que los resultados a corto y a largo plazo obtenidos demuestran que es una técnica igual de segura y eficaz que la cirugía convencional^{1,2}. Nuevas técnicas, como la Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES) y la cirugía con un puerto único, se están desarrollando para ampliar el concepto de mínima invasión^{3,4}.

Presentamos el caso de un varón de 59 años de edad, diagnosticado de un adenocarcinoma de ciego, que se propuso para abordaje laparoscópico a través de puerto único. El procedimiento (fig. 1) se llevó a cabo mediante esta técnica exclusivamente a través de una incisión de 2,5 cm, sin trocares de apoyo, y se mantuvo la tensión para exponer adecuadamente la raíz del meso con hilo de sutura con aguja recta, que atravesaba la pared abdominal por 2 puntos distantes entre el orificio de entrada y el orificio de salida, y que permitió exponer así la zona adecuada para la disección. Durante el desarrollo de la intervención, se utilizó un puerto único con 3 orificios (2 de 5 mm y 1 de 12 mm) (SILS port[®], Covidien Ltd, Norwalk, Connecticut, EE. UU.), una óptica de 5 mm de 30° (Olympus Ltd., Hamburg, Alemania) y una pinza de tracción flexible (Roticulator Endo dissect[®], Covidien Ltd) en la mano izquierda a través del otro orificio de 5 mm. Se utilizó el orificio de 12 mm para la introducción de una pinza recta, diferentes fuentes de energía, como la tijera endoscópica flexible con electrocauterio (Roticulator Endo mini-shears[®], Covidien Ltd) o Ligasure Atlas[®] (Covidien Ltd), la endocortadora grapadora (EndoGIA Universal Stapler System[®], Covidien Ltd, Norwalk, Connecticut, EE.UU.) o el sistema de sutura tipo Endostitch[®] (Covidien Ltd).

La intervención se realizó en 140 min, de acuerdo con criterios oncológicos habituales, y se realizó la disección de medial a lateral, con ligadura de los vasos ileocólicos en su base con Ligasure. Tras la sección del íleon y del colon transversal se realizó la anastomosis laterolateral intracorpórea con una endocortadora articulable de 60 mm (EndoGIA Universal Stapler System[®], Covidien Ltd, Norwalk, Connecticut, EE.UU.) con carga de 3,5 mm, y se cerró el orificio de introducción de ésta con una sutura continua con Endostitch[®] (Covidien Ltd, Norwalk, Connecticut, EE.UU.). La intervención se concluyó con la colocación de drenaje a través de la incisión umbilical. La pieza quirúrgica se extrajo en una bolsa de 15 mm a través de la misma incisión. No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Inició la dieta líquida al segundo día y se le dio el alta al cuarto día postoperatorio.

La anatomía patológica informó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de ciego, sin afectación de los ganglios linfáticos en los 15 ganglios acompañantes a la pieza, que correspondía a un estadio ii B (pT3 N0) de la TNM.

Se presenta la primera hemicolectomía derecha oncológica con anastomosis totalmente intracorpórea por puerto único exclusivamente sin trocares de apoyo. La cirugía por puerto único resulta de la búsqueda continua de abordajes menos invasivos, y se ha podido desarrollar gracias a la creación de trocares con acceso a múltiples instrumentos flexibles⁵.

El objetivo de esta novedosa vía de trabajo es reproducir los mismos pasos de la hemicolectomía derecha laparoscópica convencional con los mismos resultados oncológicos. Mediante acceso exclusivo por un puerto único se intenta obtener una serie de ventajas adicionales: mejor resultado estético, una disminución del dolor postoperatorio y un menor trauma de la pared abdominal, ya que permitiría un mejor cierre del plano musculoponeurótico a nivel periumbilical y evitaría, asimismo, complicaciones asociadas a trocares adicionales, como la hemorragia o las hernias.

Las publicaciones existentes en la literatura médica muestran la realización de 2 hemicolectomías derechas^{6,7} por pólipos vellosos, no existiendo ningún caso por carcinoma de colon, y se realiza en estos casos la anastomosis de forma extracorpórea. En nuestro caso, la sección de la pieza y la anastomosis se realizan de forma intracorpórea con extracción de la pieza en bolsa, lo que evita la necesidad de ampliar la incisión para realizar la anastomosis y posibles tracciones innecesarias de los cabos del íleon y del colon donde se va a realizar.

La anastomosis intracorpórea puede realizarse de forma segura y eficaz, como Bergamashi ha descrito previamente en la hemicolectomía derecha laparoscópica convencional⁸. Recientemente, Bucher et al⁹ describieron una gastroyeyunostomía por puerto único, aunque asistido con un segundo trocar y realizando el cierre del orificio de entrada de la endocortadora con nueva sutura mecánica; nosotros somos partidarios del cierre de este orificio con sutura continua con Endostitch[®], ya que permite la realización de esta sutura con escasos movimientos de la muñeca, lo que evita el choque de instrumentos. Desde el punto de vista técnico, consideramos de gran importancia el uso de una pinza Roticulator en la mano izquierda para exponer el campo, una pinza recta en la mano derecha y una óptica de 30° para poder visualizar en todo momento la punta de los instrumentos. Por otra parte, el uso de suturas de tracción transparietal permite la exposición del campo y sustituye al tradicional trocar que se utiliza durante el abordaje laparoscópico.

Podemos concluir que la hemicolectomía derecha mediante el abordaje por puerto único con anastomosis intracorpórea es factible y segura en manos de cirujanos experimentados en laparoscopia y entrenamiento en puerto único. Esta técnica debe seguir los principios básicos de la hemicolectomía derecha laparoscópica para conseguir así los mismos resultados oncológicos.

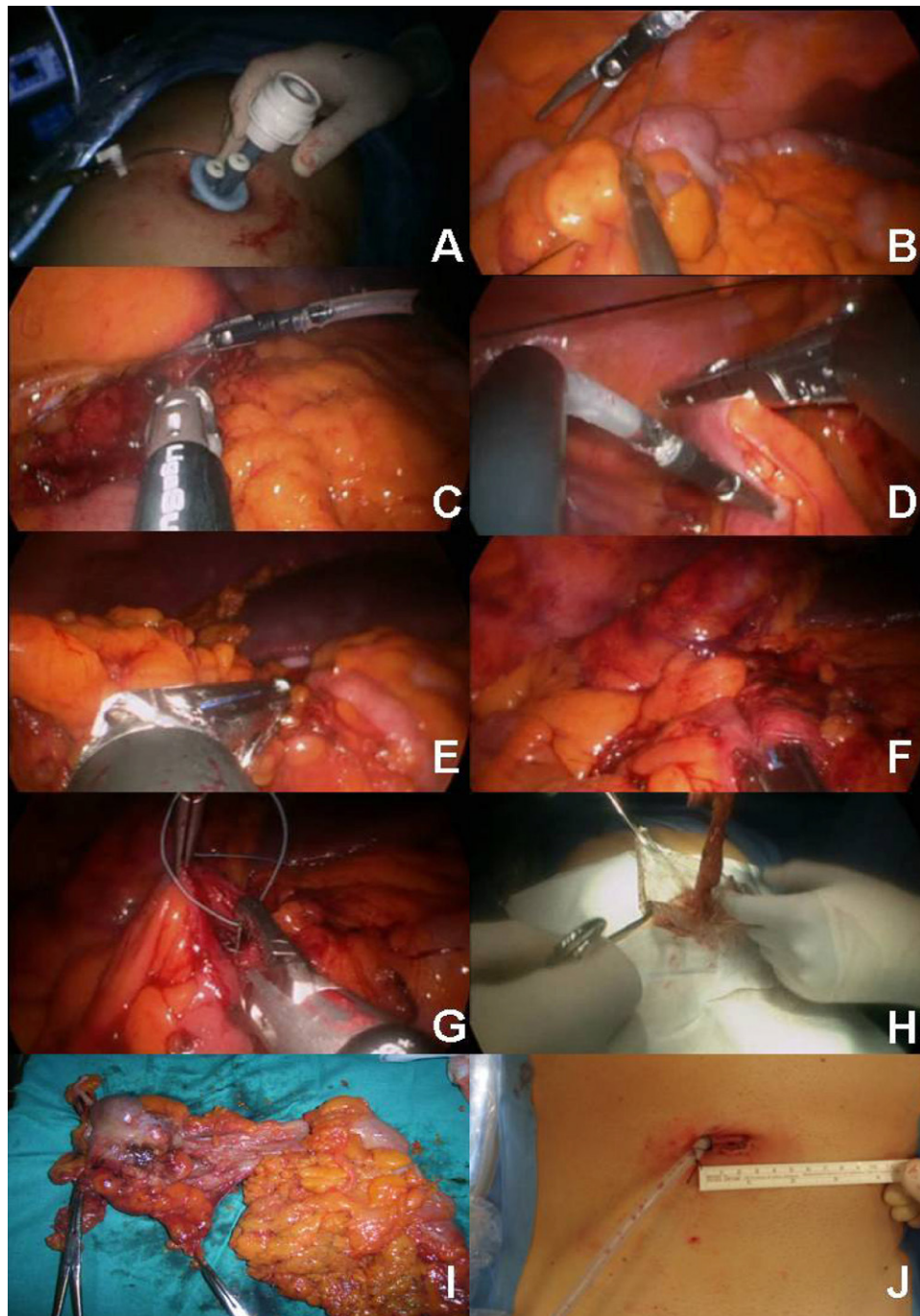


Figura 1 – A) Dispositivo single port. B) Hilos y tracción de meso para disección. C) Disección parietocólica derecha con Ligasure Atlas®. D) Sección del íleon terminal. E) Sección del colon transverso. F) Anastomosis ileocólica. G) Cierre del orificio residual tras anastomosis mecánica. H) Extracción de la pieza quirúrgica. I) Pieza quirúrgica. J) Cicatriz postoperatoria (2,5 cm).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuhry E, Schwenk WF, Gaupset R, Romild U, Bonjer HJ. Long-Term results of laparoscopic colorectal cancer resection. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):CD003432.
2. Lacy AM, García-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taurá P, Piqué JM, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: A randomised trial. Lancet. 2002;359:2224-9.
3. Nguyen NT, Reavis KM, Hinojosa MW, Smith BR, Wilson SE. Laparoscopic transumbilical cholecystectomy without visible abdominal scars. J Gastrointest Surg. 2008;6:1125-8.
4. Rané A, Rao P. Single port access nephrectomy and other laparoscopic urologic procedures using a novel laparoscopic port (R-port). Urology. 2008;72:260-3.
5. Romanelli JR, Earle DB. Single-port laparoscopic surgery: An overview. Surg Endosc. 2009;7:1419-27.
6. Remzi FH, Kirat HT, Kaout JH, Geisler DP. Single-port laparoscopy in colorectal surgery. Colorectal Dis. 2008;8:823-6.

7. Bucher P, Pugin F, Morel P. Single port access laparoscopic right hemicolectomy. *Int J Colorectal Dis.* 2008;10:1013-6.
8. Bergamaschi R, Schochet E, Haughn C, Burke M, Reed J, Arnaud J. Standarized laparoscopic intracorporeal right colectomy for cancer: Short term outcome in 111 unselected patients. *Dis Colon Rectum.* 2008;51:1350-5.
9. Bucher P, Pugin F, Morel P. Transumbilical single-incision laparoscopic intracorporeal anastomosis for gastrojejunostomy: Case report. *Surg Endosc.* 2009;23:1667-70.

Salvador Morales-Conde*, Joaquín García Moreno, Jesús Cañete Gómez, Antonio Barranco Moreno y María Socas Macías

Unidad de Cirugía Laparoscópica, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: smoralesc@gmail.com (S. Morales-Conde).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.016

Carcinoma metaplásico de mama productor de matriz

Matrix-producing metaplastic carcinoma of the breast

El carcinoma metaplásico de mama es una neoplasia infrecuente, que constituye aproximadamente el 1% de todos los carcinomas de mama¹. Se asocia a mal pronóstico y elevada incidencia de recurrencia. Bajo este término se engloba a un grupo heterogéneo de tumores caracterizados por la coexistencia de adenocarcinoma con áreas de diferenciación hacia otras estirpes celulares, epiteliales no glandulares o mesenquimales, en proporción variable.

Presentamos el caso de una mujer de 86 años, con antecedentes personales de bronquitis crónica, tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial, fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes orales y colecistectomía, que acudió a consulta por presentar tumoración retroareolar en la mama izquierda. A la exploración presentaba una masa de unos 4-5 cm, de consistencia pétrea y que producía retracción del pezón. No se palparon adenopatías axilares. En la mamografía se apreció, en el área retroareolar de la mama izquierda, una imagen nodular de 3 × 2,5 × 4 cm de diámetro con densa calcificación en su interior (fig. 1), asociada a engrosamiento cutáneo. La lesión estaba bien delimitada y no se apreciaban áreas con espiculación. Los hallazgos correspondían a la categoría BI-RADS IV. Se realizó biopsia con tru-cut que permitió llegar al diagnóstico de carcinoma metaplásico productor de matriz. El estudio de extensión fue negativo.

La paciente se intervino quirúrgicamente y se le realizó tumorectomía central incluyendo complejo areola-pezón y linfadenectomía axilar. El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias.

El estudio histopatológico demostró un nódulo ovoide de 3,9 × 2,1 cm circunscrito y bien delimitado. Microscópicamente, presentaba una proliferación infiltrante de patrón ductal, constituida por estructuras pseudoglandulares, cordones, regueros y nidos sólidos de células epiteliales con moderada atipia citológica. Dichas células neoplásicas se encontraban inmersas en una estroma conectiva desmoplásica con amplias áreas de diferenciación a cartilago e incluso hueso maduro (fig. 2). Se estableció el diagnóstico de carcinoma metaplásico (3,9 cm), infiltrante, moderadamente

diferenciado. Los 17 ganglios linfáticos regionales que se obtuvieron en la linfadenectomía estaban libres de infiltración. Se realizaron asimismo técnicas de inmunohistoquímica que proporcionaron los siguientes resultados: positividad (+++) de los receptores de estrógenos y de progesterona en el 70 y en el 50% de las células tumorales, respectivamente; expresión nuclear de p53 en el 60% de las células tumorales y positividad de Ki67 en el 10-15% de las células tumorales. El Herceptest[®] fue negativo.

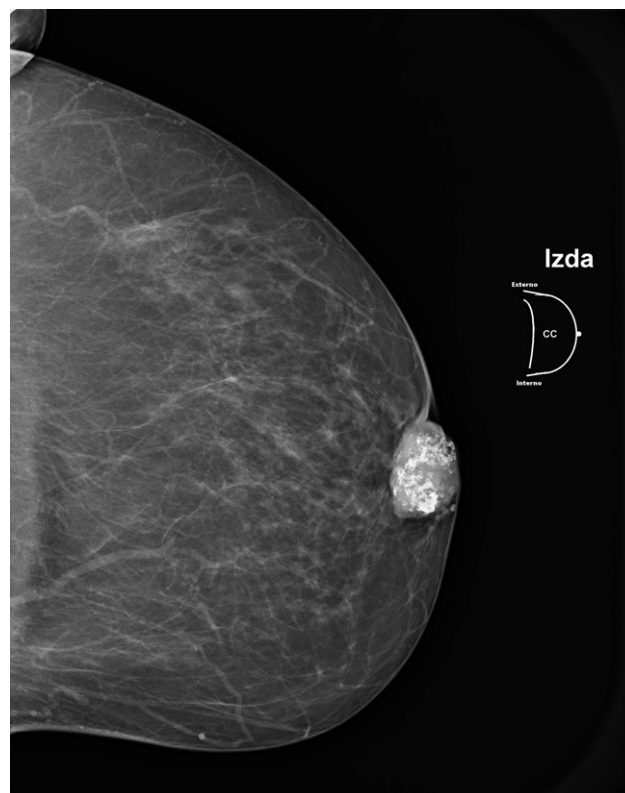


Figura 1 - Imagen nodular retroareolar con densa calcificación en su interior, BI-RADS IV.