

Cartas al Director

Esplenectomía laparoscópica por torsión de bazo errante**Laparoscopic splenectomy for torsion of a wandering spleen**

Sr. Director:

Hemos leído la reciente e interesante aportación del Dr. Pere Planellas sobre un caso de abdomen agudo motivado por una torsión esplénica que fue abordado por laparoscopia¹ y nos gustaría incidir en este nuevo aspecto de la cirugía laparoscópica de urgencias añadiendo nuestra reciente experiencia.

Se trataba de una mujer de 19 años que acude a urgencias presentando dolor abdominal intenso, referido a hipocondrio izquierdo y epigastrio, de varios días de evolución. A la palpación se apreciaba sensación de masa que se extendía desde la región supraumbilical hasta hipocondrio izquierdo sin signos de peritonismo. Una leucocitosis y la elevación de la PCR eran los datos más destacados en la analítica. La TAC mostraba una masa que desplazaba el estómago y el colon, de 171 × 129 × 73 mm y la ausencia del bazo en su posición anatómica. El eco-doppler mostró una esplenomegalia sin flujo arterial o venoso. El diagnóstico de sospecha fue de torsión esplénica.

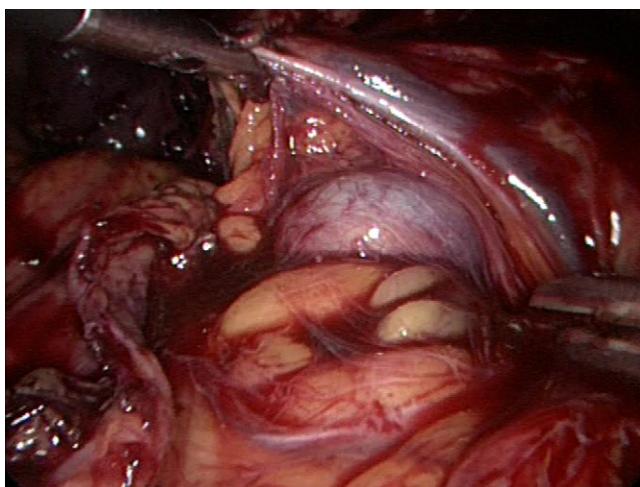


Figura 1 – Doble torsión de pedículo esplénico.

Con ese diagnóstico fue llevada al quirófano en donde se abordó a través de 4 trócares situados bajo la arcada costal izquierda, en posición similar a la de la esplenectomía estándar. Tras realizar una adhesiolisis se evidenció un bazo con signos de infarto isquémico con una doble torsión en su pedículo (fig. 1). La disección del pedículo fue facilitada por la propia torsión, se intentó una desrotación previa que no dio resultado debido a la gran afectación del bazo. Ante ello se optó por realizar una esplenectomía con ligadura con endograpadora de carga vascular. El bazo se extrajo de forma fragmentada, en bolsa y el postoperatorio cursó sin incidentes siendo dada de alta hospitalaria a las 48 h.

La primera consideración que nos gustaría hacer, en línea con los autores, es la gran aportación que supone la laparoscopia para estos cuadros puesto que permite un acceso mínimamente invasivo, la exploración completa de la cavidad abdominal, comprobar el estado del bazo, destorsionarlo, comprobar su viabilidad, plantear la oportunidad de una pexia o realizar la esplenectomía cuando no haya otra opción^{2,3}. Creemos que, a pesar de su lento desarrollo, la cirugía laparoscópica de urgencias tiene cabida en este tipo de cuadros. El gran tamaño que alcanzan los elementos vasculares del pedículo hacen aconsejable el uso de endograpadoras puesto que su fragilidad hace que la lesión de los mismos se convierta en una situación que aboque a una laparotomía de necesidad y de extrema urgencia.

B I B L I O G R A F Í A

1. Planellas Giné P, Farrés Coll R, Rodríguez-Hermosa JI, Pujadas de Palol M, Codina Cazador A. Laparoscopy of acute abdomen due to splenic torsion. Cir Esp. 2012;90:61-3.
2. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, Büchler MW, Kraus TW. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature. Surg Today. 2007;37:261-9.
3. Montenovo MI, Ahad S, Oelschlager BK. Laparoscopic splenopexy for wandering spleen: case report and review of

the literature. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010;20:e182-4.

Pablo Fabiano*, Rafael Rosado, Vanesa Maturana y Diego Ramírez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paolofabiano@hotmail.com (P. Fabiano).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.04.006>

Resección endoanal a través de dispositivo monopuerto

Endoanal resection using a single port device

Sr. Director:

Hemos leído con satisfacción el artículo de Ramón Cantero Cid et al. sobre la resección transanal a través de un dispositivo monopuesto, ya que venimos realizando la misma técnica desde marzo del 2010 y nos gustaría aportar nuestra experiencia.

Se ha intervenido a 9 pacientes, 7 diagnosticados de adenoma túbulo veloso y 2 con adenocarcinoma. Todos recibieron preparación mecánica, profilaxis antibiótica y antitrombótica.

Técnica utilizada: una vez colocado el dispositivo SILS, e introducidos 3 trocares de 5 mm, lo disponemos en forma de triángulo, colocando la óptica de 5 mm en el vértice superior simulando un TEM/TAO¹. El trocar inferior izquierdo lo sustituimos por un trocar convencional de laparoscopia de 10 mm, conectando la cánula de insuflación a un sistema de evacuación de humo para facilitar la visión sin tener que abrir la válvula y la posterior reinsuflación, además de usarlo para introducir el material de sutura. Usamos material de laparoscopia convencional: pinza de prensión, tijera, portaagujas y bisturí armónico para la disección y hemostasia².

A diferencia de los autores, no restringimos la técnica a lesiones en cara posterior, ni según el porcentaje de circunferencia ni a la altura de esta. Solo nos hemos abstenido en los casos en los que la lesión no es visible y controlable en su totalidad.

Las intervenciones fueron llevadas a cabo bajo anestesia general e intubación orotraqueal en 8 ocasiones y raquianestesia en una ocasión. El tamaño medio de la lesión fue de 4,5 cm (3-6), la media de la distancia al margen anal fue de 7 cm (3-10), el tiempo quirúrgico medio de 2 h y la estancia media hospitalaria de 5 días. Las posiciones utilizadas fueron: litotomía (5), navaja (3) y decúbito lateral izquierdo (1), según la posición de la lesión.

En todas se realizó resección de espesor total y cierre primario, con sutura en 7 ocasiones y 2 por segunda intención³.

Hemos tenido una complicación intraoperatoria consistente en una perforación de cavidad peritoneal en una mujer hysterectomizada con una lesión en la cara anterior alta, que se solucionó mediante reconversión a laparoscopia en el mismo acto quirúrgico y que no presentó complicaciones posteriores.

Las lesiones del tercio inferior del recto las seguimos tratando con técnica de Parks, ya que la altura del SILS (4 cm) nos impide su realización por proximidad.

Consideramos importante un adecuado seguimiento que realizamos cada 4 meses en lesiones benignas y cada 3 meses en el caso de lesiones malignas los 2 primeros años y posteriormente cada 6 meses, hasta los 5 años.

B I B L I O G R A F I A

1. Cantero Cid R, García Pérez JC, González Elousa T, Lima Pinto F, Martínez Alegre J, Martín J, et al. Resección transanal a través de un trócar monopuesto. Una nueva aproximación al NOTES. Cir Esp. 2011;89:20-3.
2. Asensio Arana F, Uribe quintana N, Balciscueta Z, Rueda C, Ortiz I. Cirugía transanal con material convencional de laparoscopia, ¿Es factible? Cir Esp. 2011;89:101-5.
3. Ramírez JM, Aguililla V, Arribas D, Martínez M. Transanal full thickness excision of rectal tumors: Should the defect be sutured. A randomized controlled trial. Colorectal Dis. 2002;4:51-5.

Mahgol Kharazmi*, Amado Gutierrez, Pablo Colsa y José Luis Ruiz

Servicio de cirugía general, Hospital Sierrallana, Torrelavega Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mahgol_1358@yahoo.com (M. Kharazmi).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.02.023>