

hepático y en las mujeres embarazadas o en edad fértil (con aneurismas de cualquier tamaño)^{5,8}. En estos casos, el tratamiento electivo puede ser mediante técnicas endovasculares (endoprótesis o embolización selectiva) o cirugía, abierta o por laparoscopia en casos seleccionados^{5,8,10}, para realizar la resección del aneurisma o la ligadura de la arteria esplénica, intentando preservar el bazo.

Para el diagnóstico de aneurismas esplénicos rotos, la tomografía computarizada con contraste intravenoso es la mejor opción en Urgencias, en pacientes hemodinámicamente estables. La hemorragia en la transcavidad de los epiplones, el hematoma retrogástrico o la fuga de contraste en la arteria esplénica deben hacer sospechar el diagnóstico, indicando en estos casos la arteriografía terapéutica con embolización selectiva^{5,8}.

En la cirugía urgente por rotura del AAE, el pinzamiento aórtico precoz (supra-celíaco o torácico) es una maniobra muy útil para el control inicial de la hemorragia exanguinante. Posteriormente, se realiza la ligadura de la arteria esplénica, generalmente con esplenopancreatectomía distal de necesidad^{5,8-10}. En nuestro caso, se realizó control vascular de la aorta torácica por imposibilidad de acceder a la aorta abdominal con seguridad debido al gran hematoma, con abordaje abdominal por laparotomía media, practicando ligadura de arteria esplénica y esplenopancreatectomía distal de necesidad.

La rotura del AAE es una complicación poco frecuente en el embarazo, pero potencialmente mortal. Se debe sospechar en gestantes con cuadro de dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo asociado a inestabilidad hemodinámica, ya que un diagnóstico y tratamiento precoces son claves para la supervivencia del feto y de la madre.

BIBLIOGRAFÍA

- Hillemanns P, Knitza R, Muller-Hocker J. Rupture of splenic artery aneurysm in a pregnant patient with portal hypertension. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;4:1665-6.
- Beaussier M. Sur n anéurisme de l'artère splénique dont les parois se sont ossifiées. *J Med Clin Pharmacol.* 1770;32:157.
- Corson EM. Aneurysm of the splenic artery: Rupture and death. *Med Surg Reporter.* 1869;20:351.
- Parangi S, Levine D, Henry A, Isakovitch N, Pories S. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg.* 2007;193:223-32.
- Escudero de Fez MD, Sabater Ortí L, Calvete Chornet J, Camps Vilata B, Gómez Portilla A, Martínez León J, et al. Hemoperitoneo por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. *Cir Esp.* 2001;3:160-3.
- Ho WC. Rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. *CMAJ.* 1977;117:123-4.
- Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, Głowiczki P, Oldenburg WA, Pailorero PC, et al. Splenic artery aneurysms: Two decades experience at Mayo Clinic. *Ann Vasc Surg.* 2002;4:425-42.
- Girones Vila J, Roig García J, Rodríguez Hermosa JJ, Garsot Savall E, Codina Cazador A. Preservación esplénica tras resección de aneurisma esplénica por rotura. *Cir Esp.* 2008;84:227-36.
- Pavlis T, Seretis C, Gourgiotis S, Aravosita P, Mystakelli C, Aloizos S. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm during the first trimester of pregnancy: Report of an extremely rare case and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2012;2012:528051.
- Rodríguez-Caulo EA, Arají O, Miranda N, Téllez JC, Velázquez C. Aneurisma fusiforme gigante de arteria esplénica. *Cir Esp.* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.01.013>.

Nancy Vivian Ledezma Peredo*, María Díaz-Tobarra, Jetzabel Soria Estrems, Carlos Alberto León Espinoza y Julio Calvete Chornet

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nancy.ledezmaperedo@hotmail.com (N.V. Ledezma Peredo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.026>

Resección toracoscópica de un bocio ectópico mediastínico por puerto único

Single-port thoracoscopic access for a mediastinal ectopic goiter

El bocio ectópico mediastínico es una entidad poco frecuente. La base del tratamiento es la resección quirúrgica. Su abordaje quirúrgico se ha discutido en la literatura, ofreciendo diversos enfoques técnicos toracoscópicos o abiertos. Presentamos lo que creemos que es el primer caso de resección de esta enfermedad abordada por un solo puerto de videocirugía toracoscópica.

Paciente de 69 años, sometida a tiroidectomía en 2004, en tratamiento con hormona tiroidea desde entonces. Acude en varias ocasiones a su médico por disnea de esfuerzo. La radiografía mostró una imagen patológica en el mediastino. Se realiza TC torácica que revela una masa paratraqueal de 3 cm en la región media-alta paramediastínica derecha, compatible con un bocio ectópico. Se indica resección por videocirugía

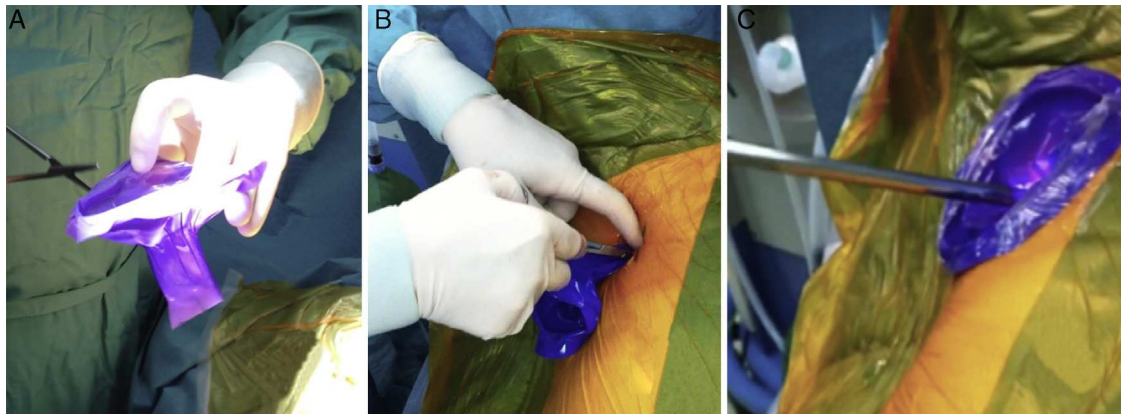


Figura 1 – Protección del puerto con cubierta de plástico (realizada a partir de un mango de luz). A) Recortar. B) Colocar con un Kocher. C) Introducir el toroscopio y el instrumental a su través.

toroscópica asistida (VATS). Se procede bajo anestesia general e intubación orotraqueal selectiva, en decúbito semilateral izquierdo, realizando un abordaje por VATS mediante una única incisión de 4 cm en el cuarto espacio intercostal, en la línea axilar anterior. Se protege la puerta de entrada con una cubierta de plástico (obtenida al recortar la base de un mango de luz para darle un nuevo uso) (fig. 1). Introducimos el toroscopio de 10 mm y 0° por la parte posterior y el instrumental a través de la parte anterior de la incisión, para iniciar el desprendimiento del bocio. El tejido tiroideo fue disecado completamente con el uso de pinzas toroscópicas y LigaSure® (fig. 2), utilizando el Yankauer como dispositivo de succión. Se colocó finalmente un parche

hemostático quirúrgico en el lecho y se dejó un tubo torácico de 20 Fr en la parte anterior de la incisión. Para el cierre de la piel se empleó sutura intradérmica. El tubo torácico se retiró a las 24 h. El postoperatorio fue sin complicaciones y la paciente fue dada de alta el primer día después de la cirugía. La anatomía patológica confirmó que el fragmento redondeado de $4 \times 3 \times 2$ cm que se remitió era un bocio nodular.

El bocio ectópico mediastínico es una entidad poco frecuente con dificultades para su diagnóstico y tratamiento. La resección quirúrgica es el tratamiento principal y su abordaje está muy discutido en la literatura. La recomendación general en la cirugía de bocio mediastínico indica la torcotomía cuando este se encuentra en el mediastino

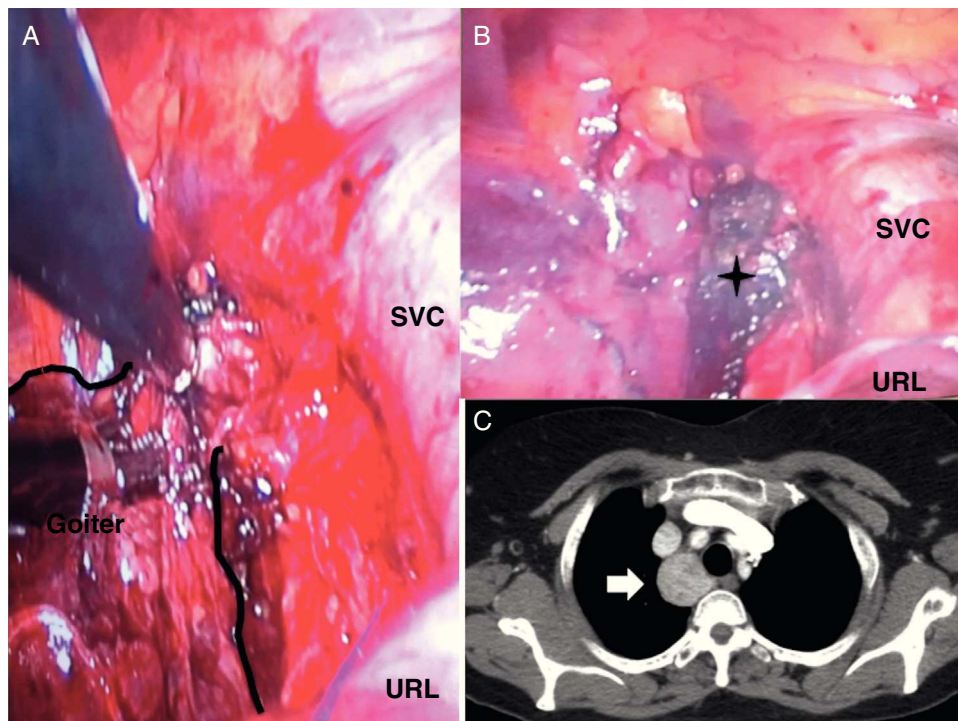


Figura 2 – A) Se muestra el bocio parcialmente reseado. La resección se realiza mediante pinzas endoscópicas y LigaSure®. B) La estrella muestra el lecho quirúrgico. C) TC torácica (corte axial): se observa una masa paratraqueal de 3 cm (marcada con una flecha blanca) en la región paramediastínica derecha. SVC: vena cava superior; URL: lóbulo superior derecho.

posterior, y esternotomía cuando su ubicación es anterior. Algunos autores¹ especifican que la esternotomía debe ser utilizada en los casos en los que se ha realizado previamente una tiroidectomía cervical, o bien si se trata de un carcinoma invasivo, o un bocio ectópico. Si es posible, hay quien prefiere llevar a cabo un enfoque cervical en casos seleccionados^{2,3}. Sin embargo, el futuro va en la dirección de los procedimientos mínimamente invasivos, por lo que la resección de bocios ectópicos mediastínicos por cirugía toracoscópica, y robótica mediante da Vinci también ha sido descrita^{4,5}. Desde 2005^{6,7}, se han publicado varios artículos sobre el abordaje uniportal en el tórax, hasta llegar a realizar, recientemente, resecciones pulmonares mayores por una única incisión^{8,9}. Pero no hemos podido encontrar el uso de un solo puerto en las resecciones por VATS de esta enfermedad. En nuestro caso, el cuarto espacio intercostal dio una mejor exposición y acceso a la región apical y la línea axilar anterior permitió optimizar la visualización del paramediastino superoposterior. El toracoscopio de 30° no fue necesario: se utilizó un toracoscopio de 0° para una resección más intuitiva y fácil. Hemos preferido un procedimiento uniportal, ya que una de las ventajas sobre la cirugía multipuerto es que solo está involucrado un espacio intercostal, permitiendo menor dolor postoperatorio¹⁰. Y, en la misma línea de reducción del dolor, preferimos utilizar un solo tubo de 20 Fr para disminuir el trauma en los tejidos blandos con respecto a otros tubos más grandes. La estancia hospitalaria fue muy corta y no hubo complicaciones. Por otro lado, el uso de plásticos para proteger la puerta es bien conocido, existen empresas con versiones caras y económicas del mismo producto. La forma más básica y económica es la esterilización de «bolsas de plástico para sándwiches». Pero, nuestra idea de recortar el mango de luz y usarlo para proteger el puerto es un recurso de acceso fácil, puesto que está en el quirófano, que nos proporcionó una óptica limpia y maximizó la eficiencia.

En conclusión, la resección toracoscópica por único puerto para bocios ectópicos mediastínicos es otra opción a valorar a la hora de definir un abordaje, puesto que, tal y como hemos descrito, es posible y nos permitió una estancia hospitalaria corta, sin impedir el uso de recursos a su través.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Perrot M, Fadel E, Mercier O, Farhamand P, Fabre D, Mussot S, et al. Surgical management of mediastinal goiters:

When is a sternotomy required? Thorac Cardiovasc Surg. 2007;55:39-43.

2. Walz PC, Iwenofu OH, Essig GF. Ectopic mediastinal goiter successfully managed via cervical approach: Case report and review of the literature. Head Neck. 2011. Doi: 10.1002/hed.21920.
3. Santini M, Fiorello A, di Lieto E, di Crescenzo VG, D'aniello G, Vicidomini G, et al. Surgical strategies in cervico-mediastinal goiters. Minerva Chir. 2006;61:221-9.
4. Grondin SC, Buenaventura P, Luketich JD. Thoracoscopic resection of an ectopic intrathoracic goiter. Ann Thorac Surg. 2001;71:1697-8.
5. Bodner J, Fish J, Lottersberger AC, Wetscher G, Schmid T. Robotic resection of an ectopic goiter in the mediastinum. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2005;15:249-51.
6. Rocco G, Khalil M, Jutley R. Uniportal video-assisted thoracoscopic surgery wedge lung biopsy in the diagnosis of interstitial lung diseases. J Thorac Cardiovasc Surg. 2005;129:947-8.
7. Rocco G, Romano V, Accardo R, Tempesta A, la Manna C, la Rocca A, et al. Awake single-access (uniportal) video-assisted thoracoscopic surgery for peripheral pulmonary nodules in a complete ambulatory setting. Ann Thorac Surg. 2010;89:1625-7.
8. Gonzalez-Rivas D, Paradela M, Fieira E, Velasco C. Single-incision video-assisted thoracoscopic lobectomy: Initial results. J Thorac Cardiovasc Surg. 2012;143:745-7.
9. Gonzalez-Rivas D. Lobectomy: V.A.T.S. surgical evolution from conventional vats to uniportal approach. ScientificWorldJournal. 2012;2012:780842.
10. Jutley RS, Khalil MW, Rocco G. Uniportal vs standard three-port VATS technique for spontaneous pneumothorax: Comparison of post-operative pain and residual paraesthesia. Eur J Cardiothorac Surg. 2005;28:43-6.

Elisabet Arango Tomás*, Carlos Baamonde Laborda, Francisco Javier Algar Algar y Ángel Salvatierra Velázquez

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eli_piano@hotmail.com (E. Arango Tomás).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.013>

Colectomía y nefrectomía simultánea en tumores sincrónicos

Simultaneous colectomy and nephrectomy in synchronic tumours



El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes, tanto en varones como en mujeres, ocupan la cuarta causa de muerte por cáncer en nuestro medio. A su vez,

el cáncer renal representa el 2% de todos los tumores del organismo, siendo el carcinoma de células renales (CR) el más frecuente¹.