



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-185 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE COLECCIÓN ABSCESIFICADA EN PELVIS DE ORIGEN INCIERTO

Franco Peñuelas, Concepción; Aguilar Márquez, Ana Isabel; Lara Fernández, Yaiza; de La Herranz Guerrero, Pablo; Gómez Menchero, Julio

Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.

Resumen

Introducción: La enfermedad diverticular del colon es una causa importante de ingresos hospitalarios. La mayoría de los pacientes con diverticulitis aguda reciben tratamiento médico estando la cirugía indicada tan solo cuando esta no es tratable o es refractaria al tratamiento médico. Las complicaciones agudas suelen ser perforación y formación de abscesos mientras que las fístulas diverticulares, sangrado y estenosis u obstrucción son secuelas subagudas o crónicas. El tratamiento de los abscesos se realiza con drenaje percutáneo guiado por imagen o con antibióticos intravenosos si el absceso es muy pequeño (< 4 cm) o inaccesible. La cirugía puede estar indicada para abscesos que no mejoran o que se cronifican.

Caso clínico: Mujer de 68 años sin antecedentes quirúrgicos que presenta fiebre de una semana de evolución y dolor en hipogastrio. Se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen donde se aprecia aumento de densidad en pelvis adyacente a colon sigmoide-recto de etiología infiltrativo-inflamatorio sin poder discernir entre proceso diverticular agudo versus etiología ginecológica. Durante su ingreso se amplía el estudio con resonancia magnética que indica hallazgos de probable diverticulitis y colección-absceso intrapélvico de 4 cm de diámetro máximo (estadio 2A WSES). La paciente recibe tratamiento con antibioterapia intravenosa y seguimiento en consultas. En consultas se solicita colonoscopia que no logra progresar más de 30 cm del margen anal externo y nuevo TC de abdomen con hallazgos de colección líquida (7,5 × 6,5 cm) con contenido aéreo, abscesificada en hemipelvis izquierda, en posible contexto de diverticulitis aguda complicada o un posible origen ginecológico por proceso inflamatorio del anejo. Ante estas pruebas complementarias se decide en sesión clínica realizar laparoscopia exploradora con probable sigmoidectomía y valoración con ginecología, además de tutorización previa de uréter izquierdo por urología. Se introduce un trócar de 11 mm paraumbilical derecho, 5 mm en epigastrio y en fosa iliaca izquierda y 12 mm en la derecha. Se confirma gran lesión anexial en íntimo contacto con el sigma con plastrón que implica al apéndice cecal. La disección del plano fue dificultosa por intensa fibrosis. Se consigue movilizar el sigma y extirpar la lesión anexial con control del uréter izquierdo mediante tutorización con verde indocianina (ICG) ya que se encuentra muy próximo al área abscesificada. Se comprueba mediante instilación con suero el segmento de sigma obstruido, por lo que se decide sigmoidectomía con exposición de la arteria mesentérica inferior, que se liga distal preservando la cólica izquierda. Se secciona el mesocolon izquierdo y se decola. El recto superior se secciona con endograpadora, tras sección del mesorrecto. Se comprueba la vascularización con ICG previo a anastomosar, realizando

anastomosis colorrectal mecánica lateroterminal. Comprobación de estanqueidad correcta. Se fue de alta el 8 día sin complicaciones. La anatomía patológica informa de segmento colónico con diverticulitis aguda y focos de peritonitis.

Discusión: El manejo quirúrgico laparoscópico en abscesos con mala evolución o persistentes permite la resolución del cuadro sin añadir gran comorbilidad. El uso del ICG durante el mismo aumenta la seguridad para evitar una lesión ureteral yatrogénica.