



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## VC-117 - RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO TRAS CIRUGÍA DE HARTMANN MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Lucas Zamorano, Isabel; Valero Navarro, Graciela; Annese Pérez, Sergio David; Abellán López, María; Filardi Fernández, Laura; Pérez Salar, Remedios; García García, Consuelo; Soria Aledo, Víctor

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

### Resumen

**Introducción:** La reconstrucción del tránsito por laparoscopia tras la cirugía de Hartmann es un proceso no estandarizado. La laparoscopia supone un abordaje menos invasivo, pero puede suponer un reto para el cirujano al tratarse de un abdomen con condiciones iniciales hostiles. El objetivo es exponer la técnica de reconstrucción del tránsito mediante laparoscopia.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 63 años. Antecedente previo de esófago de Barrett en seguimiento por Digestivo. Fue intervenido con carácter urgente en los meses previos de una diverticulitis aguda perforada. En dicha intervención se realizó una sigmoidectomía, cierre distal a lo Hartmann y colostomía terminal. Tras el posoperatorio, se realizaron un enema opaco y una colonoscopia, ambos normales. Se planteó la reconstrucción del tránsito en el sexto mes posoperatorio. Podemos iniciar la cirugía de dos formas. Una de ellas consiste desinsertar el estoma en su totalidad, colocar el yunque o "anvil" de la endograpadora circular y reintroducirlo en la cavidad. Colocaremos un Alexis con tapa para realizar el neumoperitoneo. En nuestro caso, como alternativa si no se dispone de Alexis con tapa, realizamos una incisión en huso para liberar la colostomía de la piel y del tejido celular subcutáneo. La sellamos con un apósito, sin cerrarla. A continuación, se inicia el tiempo laparoscópico, creando el neumoperitoneo en línea media. Se colocan los trócares en la disposición siguiente: 11 milímetros supraumbilical, 12 milímetros en fosa ilíaca derecha, 5 milímetros en flanco derecho y 5 milímetros en hipogastrio. Se objetivan adherencias del epiplón a la línea media, que se liberan, así como adherencias del intestino delgado a la pelvis mayor y menor, las cuales se disecan. Con esta maniobra, conseguimos identificar el muñón rectal, liberando las adherencias del mismo al peritoneo. A continuación, procedemos a liberar la colostomía de la pared abdominal. Antes de la liberación completa, introducimos a través de la misma, que permanecía abierta, el "anvil" de la endograpadora circular. En su extremo, presenta una pieza plástica con una ligadura, que se exterioriza por la pared intestinal. A continuación, con una endograpadora lineal, liberamos la colostomía de la pared, quedando en su interior el "anvil". Podemos exteriorizar por la pared intestinal el resto del "anvil" usando la ligadura. Realizamos una sutura en bolsa de tabaco para anclar el extremo más ancho a la pared intestinal y retiramos la pieza plástica, que se extrae por uno de los trócares. Se introduce la endograpadora circular a través del ano y realizamos a continuación la anastomosis circular término-terminal, que reforzamos con varios puntos simples. Una vez finalizado el tiempo laparoscópico, terminamos de liberar la parte restante de la colostomía de la pared abdominal y

cerramos todas las heridas.

**Discusión:** En nuestra experiencia, la reconstrucción del tránsito tras una intervención de Hartmann es una alternativa al abordaje convencional en pacientes seleccionados. La técnica quirúrgica dependerá del cirujano y de las condiciones que presente cada paciente.