

«inversa» del tratamiento quirúrgico. En caso de localización homolateral de ambos tumores, se podría haber planteado su resección en un mismo tiempo quirúrgico por vía toracoabdominal⁶.

Por esto, y aunque con reticencia, se asumió este planteamiento de cirugía de la metástasis suprarrenal previa, o «antecrónica», a la cirugía del tumor primitivo pulmonar. La bibliografía revisada siempre hace referencia a los tratamientos metacrónicos (o sincrónicos) al del tumor primario, pero no se ha encontrado ningún artículo que presente o plantee un tratamiento secuencial de este tipo así como la sorprendente buena evolución ulterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bullock WK, Hirst AE. Metastatic carcinoma of the adrenal. *Am J Med Sci.* 1953;4:226-521.
2. Silvio-Esteban L. Adrenalectomía laparoscópica por sospecha de metástasis adrenal solitaria. *Cir Esp.* 2007;81:197-201.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.04.005

3. Fernández-Cruz L. Cirugía laparoscópica. *Cir Esp.* 2000;4:370-4.
4. Luketich JD, Burt ME. Does resection of adrenal metastasis from NSCLC improve survival? *Ann Thorac Surg.* 1996;62:1614-6.
5. Mercier O, Fadel E, De Perrot M, Mussot S, Stella F, Chapelier A, et al. Surgical treatment of solitary adrenal metastasis from non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;130:136-40.
6. Hunt I, Rankin SC, Lang-Lazdunski L. Combined lung resection and transdiaphragmatic adrenalectomy in patients with non-small cell lung cancer and homolateral solitary adrenal metastasis. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2006;30:194-5.

Javier Fañanás Mastral*, Alberto Pérez Murillo, Vicente Borrego Estella y José María Miguelena Bobadilla

Unidad de Cirugía Endocrinológica, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jfmv@hotmail.es (J. Fañanás Mastral).

Cirugía laparoscópica con puerto único: ampliación del espectro de utilización

Single port laparoscopic surgery: Widening the spectrum of use

Los continuos esfuerzos realizados para desarrollar el área de la cirugía mínimamente invasiva se han cristalizado en la aparición de distintas técnicas con una misma filosofía: reducir al mínimo las vías de acceso a la cavidad abdominal. La utilización de mininstrumentos, la cirugía a través de incisión o puerto único y la cirugía a través de orificios naturales permiten, al menos en teoría, disminuir la morbilidad relacionada con el acceso. Además, todas estas técnicas emergentes se benefician del atractivo intrínseco que tiene para la población la reducción o ausencia de cicatrices, que aleja la oposición psicológica a la cirugía¹.

En este contexto, son continuas las comunicaciones de procedimientos quirúrgicos realizados con cualquiera de las técnicas mencionadas anteriormente o con una combinación de ellas, que permiten el avance con éxito de una nueva generación de cirugía de mínima invasión.

La cirugía a través de puerto único se muestra especialmente atractiva ya que, aunque no está exenta de dificultades técnicas, es menos demandante desde el punto de vista tecnológico. Sin embargo, hay escasa experiencia, aunque se pueden encontrar en la literatura médica publicaciones aisladas de apendicectomía, colecistectomía y nefrectomía a través de puerto único². Recientemente, se han comunicado las primeras colectomías realizadas por esta vía^{1,3}.

Dada la vigencia del tema y la ausencia de literatura médica al respecto, presentamos un caso de quiste abdominal gigante tratado mediante cirugía laparoscópica por puerto único.

Se trata de una paciente de 70 años de edad e índice de masa corporal de 38 kg/m², que refería el antecedente de histerectomía y doble anexectomía por vía abdominal, realizadas 25 años antes en otro centro sanitario. La paciente acudió a consulta por dolor abdominal inespecífico de meses de evolución. A la exploración física destacó un aumento de consistencia, levemente doloroso, en el hipogastrio y en la fosa ilíaca derecha, sin otros datos de interés. Los valores analíticos, así como los marcadores tumorales fueron normales. Las exploraciones complementarias de imagen (ecografía y tomografía computarizada) demostraron la existencia de una lesión quística de 15 cm de diámetro localizada en el hipogastrio y en la fosa ilíaca derecha; el diagnóstico de sospecha fue quiste mesentérico (fig. 1). La colonoscopia realizada no aportó datos significativos.

Se intervino a la paciente en posición de litotomía, y se realizaron cambios en la inclinación de la mesa operatoria debido a la demanda de las maniobras quirúrgicas realizadas en cada momento.

Se instaló un puerto único multicanal (Triport; Advanced Surgical Concepts, Wicklow, Irlanda) a través de una incisión curvilínea supraumbilical de 2,5 cm de longitud. Iniciamos la laparoscopia diagnóstica mediante una óptica de 5 mm y 0° (Olympus, Tokyo, Japón), y confirmamos la existencia de una gran lesión quística que ocupaba la totalidad de la pelvis mayor, con un aspecto macroscópico que no evidenciaba dependencia mesentérica. Con el fin de obtener un espacio de trabajo



Figura 1 – Lesión quística de 15 cm de diámetro compatible con el diagnóstico radiológico de quiste mesentérico.



Figura 2 – Anexectomía derecha con sellador de vasos.

suficiente, se decidió vaciar la lesión mediante una técnica segura. Para esto, se realizó el drenaje percutáneo con aguja de Veress de 4.000 ml de líquido hemorrágico, y se controló esta maniobra con un aspirador y una pinza de presión convencionales introducidos por cada uno de los canales del puerto único. Tras el vaciado, se retiró la aguja de Veress y el orificio creado se ocluyó cuidadosamente mediante un dispensador de clips de 10 mm (Ligamax[®] 5; Ethicon-Endo-Surgery, Inc., Somerville, NJ, EE. UU.). La imposibilidad para manejar la lesión mediante una sola pinza de presión a través del puerto único obligó a instalar un trocar de 3 mm en la fosa iliaca izquierda, que permitió la introducción de mininstrumentos. En ningún momento se utilizaron instrumentos articulados.

Tras movilizar la lesión y liberar las adherencias que la fijaban al apéndice cecal mediante una tijera de ultrasonidos (Ultracision[®]; Ethicon-Endo-Surgery, Inc., Somerville, NJ, EE. UU.), se comprobó su dependencia del ovario derecho, y se

realizó anexectomía derecha. Debido al grueso y flebectásico pedículo vascular del ovario, su sección se realizó mediante un dispositivo de sellado vascular (Ligasure Atlas[®]; Valleylab, Boulder, CO, EE. UU.) introducido por el canal de 12 mm del puerto único (fig. 2).

Debido a la manipulación que tuvo el apéndice, la cirugía se completó con una apendicectomía realizada a través del puerto único con la tijera de ultrasonidos y con una grapadora lineal (EndoGIA 30/3.5; Covidien, Autosuture, Hamilton, Bermuda).

Ambas piezas quirúrgicas se extrajeron en una bolsa a través del ombligo, sin que hubiera necesidad de ampliar la incisión. La herida umbilical se cerró mediante la técnica Safe Port Plug⁴. El análisis histopatológico intraoperatorio de la lesión quística descartó la presencia de células malignas; el diagnóstico definitivo fue de cistoadenoma seroso de ovario. La duración de la intervención fue de 90 min.

Se dio de alta a la paciente a las 12 h de la intervención, sin incidencias.

El caso presentado es un ejemplo más de factibilidad de procedimientos quirúrgicos con eficacia y seguridad a través de técnicas emergentes. Además, como han sugerido Leroy et al¹ recientemente, queremos resaltar que la participación de cada una de estas nuevas técnicas debería ser sinérgica y no competitiva, con el fin de desarrollar una nueva filosofía que refuerce el concepto de mínima invasión y que permita convivir en un futuro próximo a mininstrumentos, puertos multicanal y endoscopios flexibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leroy J, Cahill RA, Asakuma M, Dallemagne B, Marescaux J. Single-access laparoscopic sigmoidectomy as definitive surgical management of prior diverticulitis in a human patient. *Arch Surg*. 2009;144:173-9.
2. Romanelli JR, Mark L, Omotosho PA. Single port laparoscopic cholecystectomy with the TriPort system: A case report. *Surg Innov*. 2008;15:223-8.
3. Bucher P, Pugin F, Morel P. Single port access laparoscopic right hemicolectomy. *Int J Colorectal Dis*. 2008;23:1013-6.
4. Moreno-Sanz C, Picazo-Yeste JS, Manzanera-Díaz M, Herrero-Bogajo ML, Cortina-Oliva J, Tadeo-Ruiz G. Prevention of trocar site hernias: Description of the safe port plug technique and preliminary results. *Surg Innov*. 2008;15:100-4.

Carlos Moreno Sanz^{a,*}, M^a Luz Herrero Bogajo^a,
Marina Manzanera Díaz^a, Ana Pascual Pedreño^b y
Gloria Tadeo Ruíz^a

^aServicio de Cirugía, Complejo Hospitalario Mancha-Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

^bServicio de Ginecología, Complejo Hospitalario Mancha-Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmsurgery@hotmail.com
(C. Moreno Sanz).