

Las hernias pericecales son una rara causa de obstrucción intestinal pero que han de tenerse en cuenta, sobre todo si no hay antecedentes quirúrgicos ni hernias inguinocrurales. Su diagnóstico es posible mediante TC abdominal con contraste. En cuadros de pocas horas de evolución es posible su reducción espontánea con resolución del proceso, antes de evolucionar hacia la perforación intestinal y, en ocasiones (como en el caso presentado), la administración de contraste oral puede producir la reducción mecánica de la hernia interna. En cualquier caso, tras la resolución no quirúrgica del cuadro, es preciso la reducción de la hernia y la corrección del defecto por vía laparoscópica o mediante laparotomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, Satoh S, Hashizume T, Hataya K, et al. CT of internal hernias. *Radiographics*. 2005;25:997-1015.
2. Molto Aguado M, González Valverde FM, Barreras Mateos JA, Vázquez Rojas JL. Small intestinal strangulation due to a primary internal paracecal hernia. *Hernia*. 2007;11:457-8.
3. Rivkind AI, Shiloni E, Muggia-Sullam M, Weiss Y, Lax E, Freund HR. Paracecal hernia: A cause of intestinal obstruction. *Dis Colon Rectum*. 1986;29:752-4.
4. Bass Jr J, Longley BJ. Paracecal hernia: Case report and review of the literature. *Am Surg*. 1976;42:285-8.
5. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: Radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186:703-17.
6. Fu CY, Chang WC, Lu HE, Su CJ, Tan KH. Paracecal hernia of the inferior ileocecal recess: CT findings. *Abdom Imaging*. 2007;32:81-3.
7. Osadchy A, Keidar A, Zissin R. Small bowel obstruction due to a paracecal hernia: Computerized tomography diagnosis. *Emerg Radiol*. 2005;11:239-41.
8. Lu HC, Wang J, Tsang YM, Tseng HS, Li YW. Case report: Pericecal hernia: A report of two cases and survey of the literature. *Clin Radiol*. 2002;57:855-8.
9. Omori H, Asahi H, Inoue Y, Irinoda T, Saito K. Laparoscopic paracecal hernia repair. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2003;13:55-7.

Eduardo Olivo Valverde*, Francisco Bujalance Cabrera, Ana Moreno Posadas, Javier Martín Ramiro y José Luis Martínez Veiga

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eolivov@gmail.com (E. Olivo Valverde).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.009

Fenestración laparoscópica de un quiste esplénico mediante una técnica de acceso único

Laparoscopic fenestration of a splenic cyst using a single access technique

El acceso laparoscópico se ha convertido en la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades del bazo¹. Los quistes primarios o secundarios del bazo son lesiones poco frecuentes, habitualmente benignas, que en función del tamaño o de la sintomatología requieren un tratamiento quirúrgico². En función de su localización, las lesiones quísticas pueden ser tratadas mediante esplenectomía total, parcial o simplemente fenestración tras extirpar la mayor parte de la cubierta del quiste. Esta última opción es factible por laparoscopia y se considera actualmente de elección³. En los últimos meses, y tras el éxito del concepto NOTES⁴ (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery* 'cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales'), se ha demostrado la factibilidad de un acceso menos agresivo para efectuar una esplenectomía, bien de forma híbrida por vía transvaginal⁵ o mediante un abordaje exclusivamente transumbilical⁶. El objetivo de este artículo es la descripción del abordaje transumbilical por acceso único en el tratamiento de una tumoración quística benigna del bazo.

Caso clínico

Paciente de 26 años diagnosticada de una lesión quística de 12 cm de diámetro a raíz de dolor en hipocondrio izquierdo. La paciente refirió un accidente de coche 4 años antes. La tomografía computarizada (TC) abdominal mostró una lesión de aspecto benigno compatible con un quiste postraumático frente a quiste primario simple (fig. 1A y B).

Con la paciente colocada en decúbito lateral derecho se efectuó una incisión de 20 mm en la vertiente interna izquierda del ombligo. Tras la creación del neumoperitoneo se insertó un dispositivo de acceso único con 3 canales de trabajo tipo TriPort (ASC, Irlanda). Se utilizó una óptica de 10 mm de punta flexible (Olympus HD Endoeye, Hamburgo, Alemania), una óptica de 5 mm (Storz, Culver City, EE. UU.), bisturí armónico (Ultracision, Ethicon), una pinza de agarre curva de 5 mm (Richard Wolff, Vernon Hills, Ill, EE. UU.) e instrumentos de 3 mm (fig. 2).

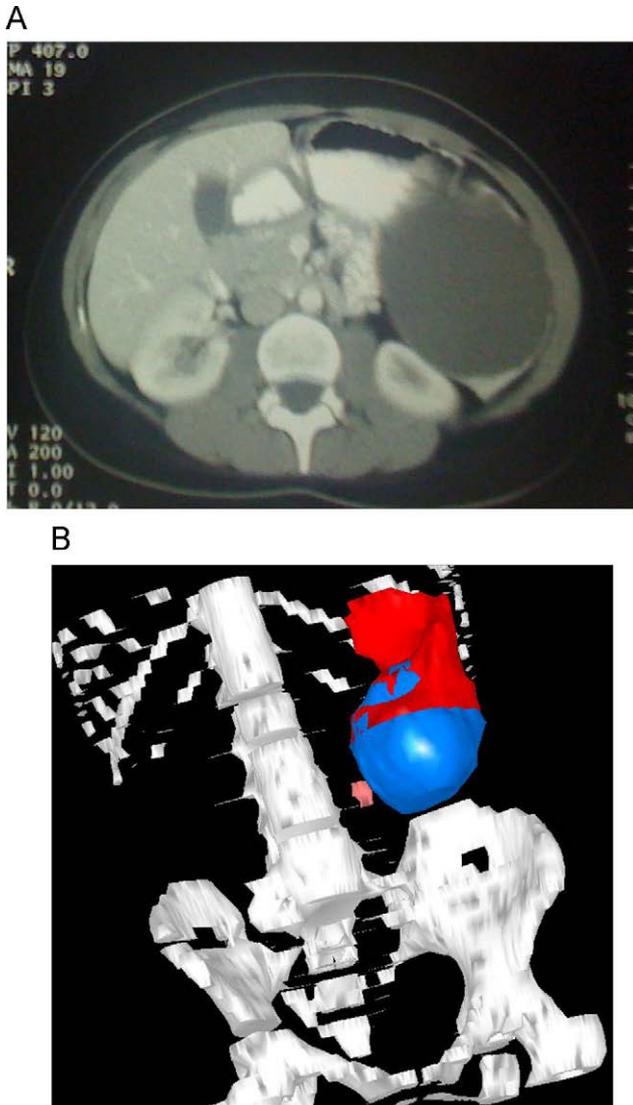


Figura 1 – Quiste esplénico localizado en el polo inferior. A) Imagen de la tomografía computarizada. B) Reconstrucción en 3D.



Figura 2 – Imagen intraoperatoria del procedimiento.

Tras introducir el endoscopio con punta flexible, se introdujo la pinza curvada en el puerto izquierdo y el bisturí armónico por la derecha. Se adaptó el extremo de la óptica

para obtener la mejor visión, a la vez que facilitaba la introducción del instrumental de 5 mm y no lo obstaculizaba. Tras explorar el abdomen y observar la movilidad y ubicación del quiste, se procedió a su punción y posterior aspirado del contenido. Se amplió el orificio y se procedió a la extirpación de la mayor parte de la pared inferior del quiste hasta llegar al parénquima esplénico. Tras revisar la hemostasia, la pared del quiste se extrajo en el interior de una bolsa (Endocatch, Covidien, Mansfield, MA, EE. UU.) insertada en el puerto de 10 mm, tras reemplazar la óptica de 10 mm por la de 5 mm. El estudio anatomopatológico describió las características de la pared de un quiste epitelial. La evolución postoperatoria fue correcta y se dio de alta a la paciente a las 48 horas.

A pesar de que el concepto NOTES ha reavivado el interés en la minimización de la cirugía mínimamente invasiva, estas técnicas son de compleja realización y el instrumental adecuado está aún en desarrollo⁴. Como consecuencia de ello, la cirugía endoscópica a través de una incisión única (abordaje a través de una única incisión transabdominal o transumbilical, con todas sus variantes o definiciones [TUES, E-NOTES, SAP, SILS, NOS, LESS]) ha provocado un gran interés⁷. Hasta el momento actual se ha descrito un gran número de intervenciones efectuadas mediante este acceso⁷: colecistectomía, hernia inguinal y apendicectomía, así como procedimientos ginecológicos. Esta técnica también se ha utilizado en procedimientos más complejos en Urología (nefrectomía, donante vivo y pieloplastia) y en cirugía general, tal como colectomía derecha, sigmoidectomía, banda gástrica y gastrectomía tubular^{7,8}. Sin embargo, existe poca experiencia en cuanto a la aplicación del abordaje transumbilical por acceso único en las enfermedades esplénicas. Hace unos meses describimos la esplenectomía transumbilical con una técnica similar al SILS y en este caso utilizamos un dispositivo único tipo TripOrt. El objetivo de esta técnica fue reducir al mínimo la agresión a la pared abdominal. Este caso demuestra la factibilidad de este acceso y su potencial interés clínico, a pesar de la falta de instrumental específicamente diseñado para esta técnica. Utilizamos instrumentos que se emplean habitualmente para el TEM porque su extremo es ligeramente curvado, lo que facilita los movimientos de disección gracias a su movilidad coaxial. Este dispositivo curvado entra sin dificultad a través del trocar deformable. A la vez, la utilización de una óptica con extremo flexible evita la concentración de instrumentos a través del único orificio. La inserción de la bolsa extractora y la retirada de la capsula no presentó ninguna dificultad y la evolución postoperatoria fue similar al abordaje convencional.

Es difícil predecir las ventajas de este tipo de abordaje; los avances deben estar relacionados con la instrumentación actualmente en desarrollo. Sin embargo, las ventajas clínicas deberán evaluarse mediante estudios comparativos con el abordaje laparoscópico convencional.

El acceso transumbilical mediante un puerto único puede ser utilizado de forma segura para la visualización operatoria y fenestración de un quiste esplénico y reducir al mínimo el traumatismo abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Habermalz B, Sauerland S, Decker G, Delaitre B, Gigot JF, Leandros E, et al. Laparoscopic splenectomy: The clinical

- practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc.* 2008;22:821-48.
- Mírilas P, Mentessidou A, Skandalakis JE. Splenic cysts: Are there so many types? *J Am Coll Surg.* 2007;204:459-65.
 - Targarona EM, Martínez J, Ramos C, Becerra JA, Trías M. Conservative laparoscopic treatment of a posttraumatic splenic cyst. *Surg Endosc.* 1995;9:71-2.
 - Flora ED, Wilson TG, Martin IJ, O'Rourke NA, Maddern GJ. A review of natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) for intra-abdominal surgery: Experimental models, techniques, and applicability to the clinical setting. *Ann Surg.* 2008;247:583-602.
 - Targarona EM, Gomez C, Rovira R, Pernas JC, Balague C, Guarner C, et al. NOTES-asisted transvaginal splenectomy: The next step in the minimally invasive approach to the spleen [citado 10 Abr 2009]. Disponible en: URL: <http://www.eats.fr/lectures/media.php?doi=lt03entargarona001>.

- Barbaros U, Dinççağ A. Single incision laparoscopic splenectomy: The first two cases. *J Gastrointest Surg.* En prensa 2009.
- Romanelli, JR, Earle, DB. Single-port surgery: An overview. *Surg Endosc.* doi:10.1007/s00464-009-0463-.x.
- 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.

Eduardo Targarona*, Carmen Balagué, Carmen Martínez, Lluís Pallarés y Manuel Trías

Servicio de Cirugía, Hospital de Sant Pau, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 13882ets@comb.cat (E. Targarona).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.04.010

Hemoperitoneo masivo por rotura de un hematoma intramural esofágico espontáneo

Massive hemoperitoneum due to rupture of an spontaneous intramural oesophageal haematoma

El hematoma intramural esofágico es una entidad excepcional. La mayoría de los casos presenta buen pronóstico y se resuelve con un tratamiento conservador. Un diagnóstico tardío o erróneo puede agravar la situación, requerir intervención quirúrgica y poner en peligro la vida del paciente, algo poco descrito en la literatura médica^{1,2}.

Varón de 68 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial bien controlada con tratamiento médico, que consultó en el servicio de urgencias por dolor centrotorácico opresivo acompañado de disnea. En el electrocardiograma se apreció una fibrilación auricular; las enzimas de isquemia miocárdica y la radiografía de tórax resultaron normales. En la analítica se detectó un dímero D de 880 ng/ml (normal hasta 500) que, acompañado del cuadro clínico, hizo pensar en una tromboembolia pulmonar (TEP). Ante esta sospecha se anticoaguló al paciente con un bolo intravenoso de 50 mg de heparina sódica más 80 mg de enoxaparina por vía subcutánea, en espera de una gammagrafía pulmonar que confirmara el diagnóstico. El paciente empeoró y aumentó el dolor torácico, razón por la que se le realizó una tomografía computarizada (TC) torácica y abdominal, la que descartó la presencia de un aneurisma disecante de aorta pero mostró un engrosamiento del esofágico torácico con áreas de distinta densidad compatible con un hematoma intramural (fig. 1).

Inicialmente se suprimió la anticoagulación y se instauró un tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral y omeprazol intravenoso (40 mg/día). A las 24 h el paciente presentó hipotensión arterial (75/40 mmHg),

taquicardia y mal estado general. En la analítica se evidenció un hematocrito del 19% y 6,7 g/dl de hemoglobina por lo que se repitió la TC, en la que se observó una gran cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal y un aumento significativo del hematoma con crecimiento hacia el abdomen. Debido a estos hallazgos y a la mala situación hemodinámica del paciente se indicó cirugía urgente. Se realizó una

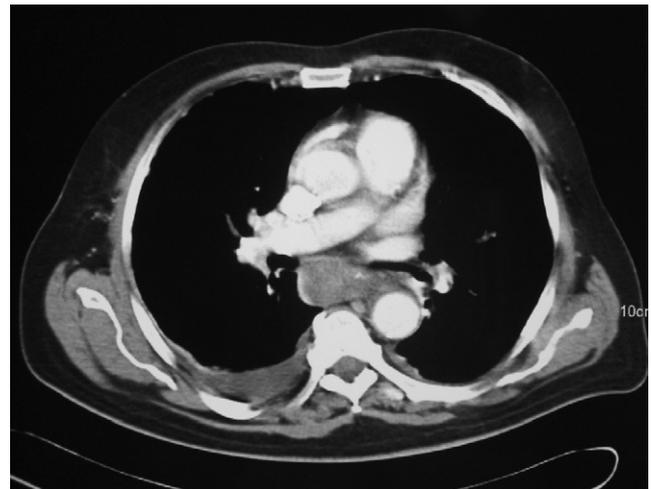


Figura 1 - Imagen de la tomografía computarizada compatible con hematoma intramural esofágico.