

## **R0002 ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA AMPUTACIÓN ABDOMINO-PERINEAL, CON RESECCIÓN PERINEAL EN PRONO**

**Autores:** *Dr. F. Blanco Antona<sup>1</sup>, Dr. M. Toledano Trincado<sup>1</sup>, Dr. J. Sánchez González<sup>1</sup>, Dra. B. Rodríguez Sanz<sup>1</sup>, Dra. M.L. Martín Esteban<sup>1</sup>, Dr. J. Cuevas González<sup>2</sup> y Dr. J.C. Martín del Olmo<sup>1</sup>.*

1. Servicio de Cirugía General. Hospital de Medina del Campo (Valladolid).
2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Medina del Campo (Valladolid).

### **COMUNICACIÓN TIPO VÍDEO Abstract:**

Desde comienzos de los años 90 el abordaje laparoscópico para la patología colorrectal, así como los programas de reanimación multimodal (ERAS), han permitido una importante reducción del dolor y del íleo postoperatorio, una pronta deambulaci3n y reincorporaci3n a la actividad normal, con la reducci3n de la morbi-mortalidad<sup>9</sup>.

La amputaci3n abdominoperineal (AAP) de recto descrita inicialmente por Ernest Miles en 1908, en la que se efectuaba la intervenci3n en dos campos quir3rgicos independientes, con cambio de la posici3n del paciente, ha sido considerada la t3cnica de elecci3n para el tratamiento quir3rgico del c3ncer de tercio inferior de recto, si bien la t3cnica ha sido progresivamente modificada y simplificada, realizando la resecci3n en un solo tiempo quir3rgico, sin cambiar la posici3n del paciente.

Actualmente los nuevos est3ndares de calidad de la resecci3n quir3rgica propuestos inicialmente por Heald y por Quirke, han condicionado que se vuelva a realizar esta intervenci3n en 2 tiempos, con algunas modificaciones t3cnicas para la reconstrucci3n y cierre del perin3, tal y como ha descrito recientemente Holm sobre 28 pacientes, para conseguir una correcta ex3resis del tumor, con menor tasa de perforaciones tumorales, disminuyendo as3 la tasa de recidivas locales.

Se presenta un caso cl3nico de AAP laparosc3pica con tiempo perineal en posici3n prono. En el v3deo se detalla el procedimiento realizado en nuestro Servicio desde octubre de 2010. El abordaje abdominal se realiza sistem3ticamente por v3a laparosc3pica (trocares: 1x12 + 2x10mm + 1x5mm), practicando una ligadura alta del ped3culo vascular (en AMI), con posterior disecci3n mesorrectal por plano interfascial hasta suelo p3lvico. Tras la secci3n del sigma y la confecci3n de la colostom3 terminal, seg3n t3cnica habitual, se coloca al enfermo en dec3bito prono con piernas abiertas, para realizar la disecci3n cil3ndrica en bloque de la zona perianal hasta el elevador del ano, con secci3n amplia del mismo, consiguiendo de esa forma m3rgenes m3s amplios en tumores de recto inferior con infiltraci3n esfinteriana, disminuyendo de esta forma los 3ndices de recidiva local.

## **R0034 REPARACIÓN DE HERNIAS PARAESTOMALES MEDIANTE ACCESO MÍNIMO**

*G. Ais Conde, B Fadrique Fernández, J López Pérez, P Vázquez Santos, N Monge Roperó*

Presentamos una técnica desarrollada en nuestro servicio para la corrección de hernias paraestomales, mediante acceso mínimo, sin laparotomía, sin laparoscopia, sin trasposición del estoma, consistente en la implantación de una prótesis específicamente diseñada al efecto, a través del orificio del estoma.

Se desprende la unión mucocutánea y se diseca el saco herniario hasta delimitar todo el perímetro del anillo herniario. Tras ello se libera el espacio intraperitoneal de sus adherencias al peritoneo parietal en un radio de al menos 5 cm del anillo. Tras ello se implanta la prótesis intraperitonealmente y se reconstruye el estoma en la misma localización.

Esta técnica es de fácil realización, como se aprecia en las imágenes. Es reproducible y segura, permitiendo una pronta recuperación de los pacientes, al poder realizarse sin anestesia general y suponer un mínimo de manipulación intraperitoneal.

## **R0037 BAZO ITINERANTE CON TORSIÓN DE PEDÍCULO ESPLÉNICO TRATADO MEDIANTE ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

*Neda Farhangmehr Setayeshi, Luis Eduardo Giménez Alvira, Jose Luis Lucena de la Poza, Antonio Gil Pérez, María Pérez Seoane de Zunzunegui, Arturo García Pavía, Beatriz Láiz Díez, Jesús García Schiever*

### **Objetivos**

Presentar un caso de bazo itinerante.

### **Material y métodos**

Mujer de 25 años con crisis continuas de distensión y de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y que se modifica con la postura.

TC de abdomen: esplenomegalia de 19 cm con infartos de pequeño tamaño, en probable relación con la torsión intermitente esplénica y que a su vez se relaciona con

una malrotación gástrica que causa anomalía del vaciamiento gástrico.

Se descarta patología infecciosa e inmunológica. . Se le realiza gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos.

### **Resultados**

Se realiza laparoscopia asistida por la mano con hallazgo de torsión esplénica con dos vueltas completas del pedículo sobre sí mismo y esplenomegalia con evidencia

de múltiples infartos.

Anatomía patológica: esplenomegalia de 550 gr fibrosis y congestión vascular en la pulpa blanca.

Evolución postoperatoria con desaparición del dolor abdominal.

### **Conclusiones**

El bazo itinerante es una entidad muy poco frecuente (< 0,2%). Se observa con mayor frecuencia en niños y mujeres jóvenes. Su origen puede ser: 1) Congénito:

ausencia del ligamento suspensorio esplénico como consecuencia de no fusionarse el mesogastrio dorsal a la pared abdominal posterior durante el desarrollo embriológico.

2) Adquirida : mujeres multíparas por alteraciones hormonales que causan una laxitud de los ligamentos.

La sintomatología consiste en dolor abdominal recurrente debido a la tensión en el pedículo o torsión intermitente de los vasos esplénicos, que es causa de congestión

venosa y esplenomegalia.

El tratamiento ideal es la esplenopexia salvo en casos de torsión, infarto y/o alteraciones del flujo, en los que se indica la esplenectomía.

## **R0042 MALLAS PARA PREVENIR HERNIAS PERICOLOSTÓMICAS VÍA LAPAROSCÓPICA. EVOLUCIÓN PERSONAL**

*J. IGNACIO BLANCO ALVAREZ, J. CARLOS SARMENTERO, ENRIQUE ASENSIO, FERNANDO LABARGA, RUTH MARTINEZ, MARTA GONZALO, MARIO RODRIGUEZ, J. LUIS MARCOS*

### **OBJETIVO:**

El video muestra la colocación de varias mallas tras la amputación abdominoperineal laparoscópica en los casos que se crea necesario para prevenir hernias pericostómicas y, las mejoras posteriores personales para perfeccionar la técnica.

### **MATERIAL Y METODOS:**

Varón de 59 años diagnosticado de neoplasia de recto que afecta esfínteres, con un BMI de 30 y que tras RT y QT, se interviene para AAP. El paciente adelgazó aproximadamente 15 kg durante el proceso proponiendo la utilización de una novedosa malla para evitar futuras hernias peri- y paracolostómicas, ya que, cuando recupere su peso habitual, la presión intraabdominal se dirigirá a la zona mas débil de la pared, osea, a la colostomia, que se comporta como una hernia entre las fibras del musculo recto anterior izquierdo.

El porcentaje de hernias pericostómicas es muy alto, >40%.

El video muestra como se coloca correctamente la malla siempre después de realizar la colostomía y con una serie de detalles técnicos que facilitan su anclaje. Las variantes introducidas posteriormente se basan en disminuir el tamaño exagerado de la malla para facilitar su colocación y de tapizar los protack con cola biológica.

### **RESULTADOS:**

Prevenir las hernias peri y paracolostómicas. **CONCLUSIONES:**

La malla para prevenir hernias pericostómicas en pacientes con colostomías terminales se coloca más fácilmente en cirugía abierta que en cerrada precisando en esta vía una curva de aprendizaje en eventroplastias laparoscópicas previas, y aunque alarga el tiempo operatorio, puede evitar futuras cirugías en la zona con un beneficio económico importante.

## **R0043 ANEURISMECTOMÍA DE ARTERIA ESPLÉNICA ACOMPAÑADO DE ESPLENECTOMÍA MÁS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

*J. IGNACIO BLANCO ALVAREZ, SAID JAD AL AWWAD, ENRIQUE ASENSIO, FERNANDO LABARGA, RUTH MARTINEZ, MARTA GONZALO, MARIO RODRIGUEZ, J.LUIS MARCOS*

### **INTRODUCCIÓN**

Los aneurismas de arteria esplénica representan la segunda localización más frecuente después de la aorta. El porcentaje de rotura es hasta el 10%. Las causas más frecuentes son arterioesclerosis y defectos congénitos en la membrana elástica interna. El diagnóstico se confirma por arteriografía. Debe tratarse si la paciente está embarazada o es sintomática o si está calcificado y es mayor de 3 cm. Aneurismectomía acompañándose de esplenectomía si la lesión está próxima al bazo pudiéndose realizar ésta clásicamente mediante laparotomía, por laparoscopia que es el caso que nos ocupa y mediante embolización arterial.

### **MATERIAL Y METODOS**

Paciente mujer de 35 años que acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho. Ecografía observa colelitiasis e imagen cercana al tronco celíaco compatible con aneurisma arterial. El TAC con contraste confirma diagnóstico de sospecha realizando embolización de aneurisma de arteria esplénica proximal, que mide 4 cm. de forma sacular siendo imposible dada la tortuosidad de la arteria indicando, por lo tanto, aneurismectomía por vía laparoscópica.

### **RESULTADOS**

Laparoscopia 4 trocares para mejor exposición de la transcavidad. Colecistectomía más aneurismectomía clipando arteria proximal y distalmente con clips 10 mm hemolock y esplenectomía sin incidentes relevantes extrayendo la pieza ampliando un trócar a 3 cm.

La A.P. muestra aneurisma con defectos en capa muscular e indicios de disección de esta capa.

### **CONCLUSIONES**

la vía laparoscópica para extirpar aneurisma sacular de 4 cm. proximal al origen de arteria esplénica en mujer joven es reproducible accediendo al retroperitoneo. Esta cirugía sólo puede ser realizada por laparoscopistas expertos.

## **R0045 VÓLVULO RECIDIVANTE DE SIGMA. SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

*J. IGNACIO BLANCO ALVAREZ, PALOMA RODRIGUEZ-VIELBA, ENRIQUE ASENSIO, FERNANDO LABARGA, RUTH MARTINEZ, MARTA GONZALO, MARIO RODRIGUEZ, J. LUIS MARCOS*

### **INTRODUCCIÓN**

El vólvulo del colon sigmoide es una rotación anómala del sigma sobre su eje mesentérico originando obstrucción en asa cerrada que provoca una alteración del riego por estrangulación del meso, y que puede evolucionar hacia gangrena con perforación y peritonitis fecaloidea.

La elongación del mesenterio y el dolicomegacolon generan un asa larga y móvil de base estrecha facilitando un eje de torsión.

El sigma es la zona donde es más frecuente esta patología, mayoritariamente en varones ancianos, con enfermedades crónicas asociadas o residentes en geriátricos.

### **MATERIAL Y METODOS**

Mujer, 42 años, ya había acudido a urgencias varias ocasiones presentando dolor abdominal con vómitos e imagen típica en "grano de café" presentando crisis de volvulación del colon sigmoide que se trataron con descompresión endoscópica del colon mediante rectosigmoidoscopia. En la tercera crisis se indica cirugía laparoscópica programada. Enema opaco muestra dolicosigma y dolicotransverso.

### **RESULTADOS**

Laparoscopia 4 trócares asistido por minipfannenstiel. Es preciso decolar ángulo esplénico por déficit riego colon izquierdo pudiendo respetar cola de páncreas y bazo. Penrose en FID con linforragia importante a pesar de usar sellador de tejidos durante la cirugía por el amplio despegamiento de todo el hemicolon izquierdo.

### **CONCLUSIONES**

La sigmoidectomía laparoscópica con posterior anastomosis colorrectal transanal CEEA 31 es factible y reproducible a pesar del tamaño de las piezas y puede ser realizada por cirujanos expertos en cirugía laparoscópica avanzada. La pieza media 60 cm. aproximadamente. La paciente es dada de alta al 7º día tolerando dieta oral y afebril.

## **R0052 ADENOMA VELLOSO DE CIEGO:HEMICOLECTOMIA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON EXTRACCIÓN TRANSVAGINAL (NOSE)**

*Vicente Simó Fernández, Enrique Pastor Teso, Manuel muinelo Lorenzo, Jesus fernández Fueyo, Tomas Gonzalez Elosua, Amor Turienzo frade, Julio Sahagun Fernández, Tomas Gonzalez De Francisco*

### **Introducción**

En los últimos años se ha aceptado la cirugía laparoscópica oncológica del cáncer de colon con buenos resultados tanto en morbilidad y mortalidad como sobre todo en términos oncológicos. Últimamente se empezaron a aplicar técnicas mínimamente invasivas como el puerto único o el NOTES con resultados dispares en los pocos casos realizados. A la par se comenzó a reportar la cirugía denominada NOSE con pocos casos publicados apreciando ciertos beneficios como el menor dolor o la disminución de la estancia postoperatoria sin afectar a los resultados oncológicos. La obesidad se ha demostrado factor de riesgo tanto para la técnica quirúrgica como para la morbimortalidad, aumentando claramente las complicaciones sobre la herida

### **Caso clínico**

Mujer de 63 años con antecedentes de HTA e IMC de 43. Colonoscopia rutinaria con pólipo vellosa en ciego que se intenta resecar por colonoscopia y biopsia de displasia severa. TAC normal observando la lesión de ciego.

Se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorporea y extracción transvaginal de la pieza (NOSE).

El postoperatorio cursa sin alteraciones, siendo alta al 3 día postoperatorio.

La anatomía patológica demuestra adenoma vellosa con displasia severa y focos de adenocarcinoma infiltrante T2 N0/17 y margen proximal y distal de 6 y 8cms **Conclusiones**

- El tiempo quirúrgico es mayor tanto por la anastomosis intracorporea como por la extracción transvaginal de la pieza
- Al no realizar incisiones de extracción abdominal el dolor postoperatorio se minimiza
- Al realizar la anastomosis intracorporea el riesgo de infección de herida y eventración disminuye, esto se minimiza aun más al no realizar incisiones y extraer la pieza por vía transvaginal. Todas estas complicaciones aumentan más en pacientes obesos por lo que se beneficiarían mas tanto de la anastomosis intracorporea como de la extracción por orificios naturales aunque conlleva una mayor complicación quirúrgica

## **R0053 ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE: UN DIFÍCIL ABORDAJE POR VÍA LAPAROSCÓPICA**

*Vicente Simó fernández, Enrique pastor teso, Manuel Muínelo Lorenzo, Jesus fernández Fueyo, Tomas Gonzalez Elosua, Amor Turienzo Frade, Julio Sahagun Fernández, Tomas Gonzalez De Francisco*

*Unidad de coloproctología. Complejo Asistencial Universitario de León*

### **Introducción**

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico que afecta a cualquier parte del tubo digestivo, siendo el íleon terminal la localización más común. La indicación quirúrgica debe ser multidisciplinar, siendo más frecuente en el patrón estenosante y fistulizante. La vía laparoscópica mejora la morbilidad postoperatoria en cuanto a dolor, menor íleo postoperatorio y menor estancia hospitalaria, aunque aumenta el tiempo operatorio.

### **Material y métodos**

Presentamos el caso de un varón de 19 años diagnosticado de enfermedad de Crohn hace un año, en tratamiento con inmunosupresores y corticoides y con 3 ingresos en este año por abscesos intraabdominales de repetición que precisaron drenaje eco-dirigido. Cuando se decidió la intervención quirúrgica estaba con tratamiento corticoideo y con drenaje externo tipo pigtail localizado en FID.

A la palpación abdominal se apreciaba empastamiento en la FID con sensación de masa. La colonoscopia era compatible con enfermedad de Crohn ileal; en el TAC abdomino-pélvico se visualizaba una colección pararectal derecha de 7cm de diámetro máximo y un plastrón inflamatorio en la FID; la RMN mostraba una gran masa inflamatoria en el íleon terminal y el ciego engrosado con 2 abscesos, uno en FID y otro por delante del recto de 13 y 7cm.

### **Resultados**

Se decidió realizar la intervención quirúrgica por vía laparoscópica a través de 4 trocares. Se realizó adhesiolisis y drenaje de varios abscesos entre asas, retirada de drenaje de FID, revisión del intestino delgado y del colon. Se continuó con resección ileocecal y anastomosis intracorpórea con endograpadora de 60/3.5 y cierre con sutura continua, dejando un drenaje aspirativo 24 horas. Se extrajo la pieza quirúrgica a través de una incisión de Pfannestiel.

El postoperatorio cursó sin complicaciones hasta las 72 horas cuando comenzó con síntomas oclusivos. Se realizó un TAC sin evidenciar imágenes de fístula anastomótica, solamente un engrosamiento de íleon terminal. Se decidió reposo digestivo y tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam durante 6 días. El paciente fue dado de alta a los 9 días de la cirugía con tránsito intestinal y sin fiebre. Actualmente está asintomático. El estudio anatomopatológico demostró enfermedad de Crohn con bordes de sección sin afectación por la enfermedad.

### **Conclusiones**

El abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn es seguro, requiriéndose experiencia por las complicaciones que presenta esta enfermedad. Las ventajas son: menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria y menor íleo postquirúrgico. La anastomosis intracorpórea aumenta el tiempo quirúrgico pero presenta la ventaja de precisar una incisión de menor tamaño, poder extraer la pieza quirúrgica a través de una incisión de Pfannestiel y una menor disección para realizar una anastomosis sin tensión.



## **R0054 AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCOPICA CON RESECCIÓN PERINEAL EN PRONO**

*Simó Fernández V, Pastor Teso E., Muínelo Lorenzo M, Fernández Fueyo J, Gonzalez Elosua T, Turienzo Frade A, Sahagun Fernández J, Gonzalez de Francisco T. Unidad de coloproctología. Complejo Hospitalario de Leon.*

### **Introducción**

La amputación abdominoperineal, en el tratamiento el cáncer de recto, ha sufrido modificaciones en su técnica en los últimos años, debido a la existencia de mayor índice de afectación radial comparada con la resección anterior. La resección abdominoperineal en prono ha mejorado los resultados de recidiva local de forma significativa.

### **Material y métodos**

Se trata de ilustrar mediante un video la técnica de amputación abdominoperineal laparoscópica completando la cirugía en prono con resección extendida del elevador del ano. Se trata de una paciente de 77 años con Rt neoadyuvante a 4 cms de margen anal T3N0. Se realiza cirugía abdominal por vía laparoscópica con extirpación mesorectal total y liberación de epiplón mayor, completándose la cirugía por vía perineal en prono. Cierre de la herida perineal con malla bio A® , epiploplastia y colocación de septocoll®.

### **Resultados**

La paciente no sufre complicación siendo dado de alta a los 4 días postoperatorios. La AP fue YpT3N0.

### **Conclusiones**

La cirugía laparoscópica es una técnica adecuada en la amputación abdomino perineal, siendo factible la finalización de dicha cirugía mediante resección en prono. El cierre de la herida perineal es factible con epiploplastia y malla reabsorbible

## **R0086 PANCREATECTOMÍA CÓRPORO-CAUDAL CON ESPLENECTOMÍA Y COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA, EN LESIÓN QUÍSTICA DEL PÁNCREAS**

*F. Martín Acebes, J. Sánchez Manuel, M. de la Plaza, E. García Plata, J.M. Juez y J.L. Seco Gil.*

**Objetivo:** En los últimos años hemos asistido a un aumento en el diagnóstico de neoplasias quísticas de páncreas debido fundamentalmente a una mejoría en los métodos diagnósticos de imagen y a un mayor conocimiento de esta patología por todos los profesionales implicados. Todo ello ha contribuido a una definición precisa de entidades como el cistoadenoma seroso, la neoplasia intraductal papilar mucinosa y la neoplasia quística mucinosa entre otras lesiones quísticas de páncreas.

Además, los mejores resultados obtenidos en cirugía pancreática junto al desarrollo y aplicación de técnicas laparoscópicas, ha contribuido probablemente a aumentar las indicaciones quirúrgicas en muchas de estas entidades.

Presentamos un **video** de un caso clínico de un varón de 76 años de edad, con una lesión quística en la cola del páncreas resuelta mediante pancreatectomía córporo-caudal con esplenectomía realizada por vía laparoscópica. Además se realizó colecistectomía, por litiasis. Como antecedentes quirúrgicos abdominales destacaba una hemicolectomía derecha por neo, también realizada por laparoscopia.

Durante la presentación del caso se hace referencia a los aspectos técnicos fundamentales en este tipo de intervenciones.

**Conclusión:** la laparoscopia es una técnica reproducible y válida para las lesiones quísticas del páncreas distal. En las lesiones del cuerpo pancreático la ecografía laparoscópica puede ser necesaria.

## **R0092 TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA**

*Luis Miguel Alcoba García, Jose María Canga Presa, Rosario Canseco Fernández, Pilar Suárez Vega, Laura Ballesta Russo, Silvino Pacho Valbuena, Jose Luis De la Cruz Vigo, Tomás González De Francisco*

### **OBJETIVO**

Presentar un vídeo demostrativo de la técnica quirúrgica que empleamos en nuestro Hospital para la esplenectomía laparoscópica.

### **MATERIAL Y METODOS**

Paciente en decúbito lateral derecho. Neumoperitoneo con Veress en HI. Colocamos tres o cuatro trócares. El primero para la óptica, de 11 mm , en línea medioclavicular izquierda a 2 cm del reborde costal izdo. El segundo de 12 mm para la mano derecha del cirujano y poder introducir las endograpadoras. Un tercer trócar de 5 mm para la mano izda y opcionalmente otro de 5 mm en vacío izdo, para separar el segundo ayudante en caso necesario.

Se abre la transcavidad y, tras localizar el latido de la arteria esplénica, se lleva a cabo su disección y ligadura con material irreabsorbible y clips, si es posible, siempre en primer término. Esta maniobra contribuye al vaciamiento del bazo e impide que continúen destruyéndose plaquetas en el mismo durante la intervención.

A continuación y ayudados por instrumental de sellado y coagulación bipolar computerizada o bien ultrasonidos, se seccionan los vasos gástricos cortos en sentido ascendente. Se continúa con la liberación de las adherencias posteriores del bazo, comenzando por la sección del ligamento esplenocólico, hasta conseguir luxarlo al completo. Completada la disección, se tracciona el bazo al cénit para suspenderlo por completo y permitir introducir la endograpadora que seccionará el hilio (de 45 o 60 mm, con carga vascular).

El bazo se introduce en bolsa y se extrae por orificio de trócar de 12 mm, triturado. Se deja un drenaje aspirativo.

## **R0093 HERNIA DE MORGAGNI: HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA**

*Pilar Suárez Vega, Jose María Canga Presa, Silvino Pacho Valbuena, M Nuria Alvarez Díez, Luis Miguel Alcoba García, Laura Ballesta Russo, Pablo Díez González, Tomás González De Francisco*

**OBJETIVO:** Presentar un vídeo de una hernia de Morgagni intervenida por laparoscopia.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mujer de 75 años remitida a nuestra Unidad con historia de epigastralgia, intolerancia oral ocasional e insuficiencia respiratoria (oxígeno domiciliario). Rx tórax con patrón restrictivo en lado derecho seguido de TAC y Enema Opaco donde se aprecia colon transverso en hemitórax derecho.

Intervención en posición de litotomía con cirujano principal entre las piernas y con 3 trócares (2 de 5 mm y uno de 12 mm). Tras reducir el contenido herniario al abdomen (estómago, epiplón y colon transverso), se reparó el defecto de unos 7 cm de diámetro con una malla de doble capa (polipropileno+PTFE) de 15x20 cm, con la cara de polipropileno hacia el tórax y la de PTFE hacia abdomen, fijada con doble corona de agrafes helicoidales (la externa irreabsorbibles y la interna reabsorbibles). Un año después de la intervención la paciente está asintomática y la radiología de tórax muestra reexpansión pulmonar derecha completa con diafragma en posición normal y ha podido prescindir del oxígeno.

### **CONCLUSIONES:**

- 1- La hernia de Morgagni es una hernia diafragmática infrecuente a través de un defecto congénito entre las porciones esternal y costal del diafragma.
- 2- Se recomienda la reparación quirúrgica electiva porque el tratamiento de forma aguda o en caso de estrangulación en el tórax es difícil y peligrosa.
- 3- La reparación sin tensión con malla sobre el diafragma ofrece buenos resultados.
- 4- El abordaje por laparoscopia de este tipo de hernias es factible, seguro y reproducible.

## **R0116 TUMOR MESENQUIMAL GÁSTRICO:TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO**

*AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, CRISTINA LÓPEZ GONZALEZ, NANCY CHINEA CORREA, RAFAEL LÓPEZ PARDO, EDUARDO FERNANDEZ MORALES, SANTIAGO ABAD DE CASTRO, DAVID MARTINEZ CECILIA, JUSTO ALVAREZ MARTÍN*

**Introducción:** Los tumores submucosos gástricos son una entidad infrecuente. La localización exacta preoperatoria y la correcta extensión de la resección gástrica son esenciales en el abordaje laparoscópico de este tipo de lesiones.

**Material y Métodos:** Caso clínico: Paciente varón de 63 años estudiado por digestivo por melenas con Hb:9.7 al ingreso, marcadores normales. Se exponen las pruebas complementarias de interés donde destaca: ECOENDOSCOPIA RADIAL: Lesión hiperecogénica de 33x25mm con pequeña área anecoica en su interior y superficie lobulada, que depende de submucosa, sin afectación de capas en profundidad, sugestiva de lipoma. No adenopatías peridigestivas. No líquido libre. BIOPSIAS Y MARCADO CON TINTA CHINA. BIOPSIAS: TUMORACION MESENQUIMAL SUGESTIVA DE LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO.

**EGD:** Neoplasia vegetante ulcerada que depende de pequeña curvatura antral y ocupa gran parte del antro sin interrumpir el vaciamento.

**TAC:** Ocupación del antro gástrico por tumoración de unos 3cm, de tipo polipoidea, existe una mala delimitación de la pared gástrica y no se identifica plano claro de separación con la zona adyacente del hígado (segmento 4b), con lo que no se puede descartar infiltración del mismo. Así mismo se identifican pequeñas adenopatías en el ligamentogastrohepático.

**Resultados:** Intervención: abordaje laparoscópico, no líquido libre, nódulo de aprox 0.3 cms en segm III hepático, tm. móvil en antro que no afecta a la serosa, no APT. acroscópicas, realizando biopsia con márgenes de la lesión hepática (biopsia I.O.: NEGATIVA), GASTRECTOMIA SUBTOTAL (3/4) con LFDT DI incluyendo gr .ggl. 7, laparoscópica, asistida con inilaparotomía subcostal izqda. para extracción de pieza y anastomosis gastroentérica en Y de ROUX, (BIOPSIA I.O.: márgenes libres), reneumoperitoneo, revisión de cavidad, cierre de la brecha mesentérica, drenaje. Postoperatorio correcto. AP definitiva: LIPOMA SUBMUCOSO ATÍPICO ULCERADO.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico de los tumores submucosos gástricos es una alternativa válida y segura para la aproximación a este tipo de tumores.

## **R0119 ESPLENOMEGALIA MASIVA: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO**

*AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, CRISTINA LÓPEZ GONZALEZ, SANTIAGO ABAD DE CASTRO, CARIDAD UGENA SANCHEZ, GAZMEND KRASNIQUI, RAFAEL LOPEZ PARDO, NANCY CHINEA CORRALES, EDUARDO FERNANDEZ MORALES*

**Introducción:** Actualmente ,el abordaje de elección del bazo es el laparoscópico, sin embargo existen controversias cuando el tamaño de éste es mayor, sobre todo si se trata de una esplenomegalia masiva (eje longitudinal mayor de 20 cms.), recomendando en estos casos el uso del hand-port.

**Material y métodos:** Caso clínico: Paciente mujer de 34 años ,estudiada por Hematología por anemia con diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune vs linfoma con esplenomegalia de más de 24 cms. en tto. Corticoideo. Se presentan las exploraciones complementarias de interés.

**Resultados:** Intervención: abordaje semilateral, laparoscópico completo, 4 trócares, bazo de más de 25 cms., liberación del ángulo esplénico y ligamento gastroesplénico, identificación de cola pancreática y de arteria esplénica, sección vascular mecánica de arteria y vena esplénica., liberación completa esplénica, ampliación de la incisión del trócar de flanco izquierdo ,para extracción completa e íntegra de la pieza en bolsa, drenaje. Alta al 3º día postoperatorio. AP definitiva: LINFOMA ESPLÉNICO. ECO doppler de control a la semana que demuestra una trombosis portal parcial postoperatoria que se trata de forma ambulatoria con HBPM. Asintomática en la actualidad.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico de la esplenomegalia es factible y seguro. Es recomendable, sobre todo en los pacientes de riesgo, dada la elevada incidencia de trombosis portal postesplenectomía laparoscópica, realizar un eco doppler de control a la semana de la intervención.

## **R0120 ADRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON POLIQUISTOSIS HEPATORENAL**

*AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, CRISTINA LÓPEZ GONZALEZ, SANTIAGO ABAD DE CASTRO, MIGUEL ANGEL MORLAN LOPEZ, ANGELICA MIRA VAZQUEZ, RAFAEL LOPEZ PARDO, NANCY CHINEA CORRALES, EDUARDO FERNANDEZ MORALES*

**Introducción:** Actualmente el abordaje de elección el glándula suprarrenal es el laparoscópico. Presentamos un video de una adrenalectomía derecha laparoscópica, por vía lateral transperitoneal.

**Material y métodos.** Caso clínico: Mujer de 46 años con AP: POLIQUISTOSIS hepatorenal, HTA con mal control tensional a pesar de tto. con tres fármacos antihipertensivos, diagnosticada por nefrología de hiperaldosteronismo 1º por adenoma suprarrenal derecho. Se muestran las exploraciones complementarias de interés.

**Resultado:** Intervención: Abordaje lateral laparoscópico completo, 4 trócares, disección vena adrenal tras movilización parcial hepática, clipaje-sección de la vena, adrenalectomía derecha, con colocación de drenaje. Alta al 3º día.

**Conclusiones:** La suprarenalectomía derecha laparoscópica, mediante abordaje lateral es segura y factible.

## **R0121 ADRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA**

*AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, CRISTINA LÓPEZ GONZALEZ, SANTIAGO ABAD DE CASTRO, MIGUEL ANGEL MORLAN LOPEZ, GAZMEND KRASNIQUI, RAFAEL LOPEZ PARDO, DAVID MARTINEZ CECILIA, EDUARDO FERNANDEZ MORALES*

**Introducción:**Actualmente el abordaje de elección el glándula suprarrenal es el laparoscópico.Presentamos un video de una adrenalectomía izquierda laparoscópica,por via lateral transperitoneal.

**Material y métodos.**Caso clínico:Varón de 50 años con AP:déficit de factor XII,alergia al clavulánico,psoriasis,estudiado por endocrino tras detectar masa suprarrenal izquierda de 50 x 38 mm en TAC realizado tras cuadro de infección respiratoria, con estudi hormonal normal-preCushing.RMN:adenoma de 51x40x50 mm.

**Resultado:Intervención:**Abordaje lateral laparoscópico completo, 4 trócares,disección vena renal y adrenal tras movilización coloesplénica,clipaje-sección de la vena,adrenalectomía izquierda,con colocación de drenaje.En el poostoperatorio es valorado por endocrinología para descartar ISR postoperatoria( cortisol basal: 14) pautando tto. Corticoideo (hidroaltesona )para cubrir déficit de eje cortico-adrenal;en la actualidad tras 14 meses de la cirugía el paciente se encuentra asintomático y sin medicación.

**Conclusiones:**La suprarenalectomía izquierda laparoscópica ,mediante abordaje lateral es segura y factible.



## **R0122 VARIABLE ANATÓMICA DE LA VÍA BILIAR DURANTE UNA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

*AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, PABLO TORAL GUINEA, CRISTINA LOPEZ GONZALEZ, GAZMEND KRASNIQUI, MARIA GARCIA AVILA, SANTIAGO ABAD DE CASTRO, NANCY CHINEA CORRALES, RAFAEL LOPEZ PARDO*

La lesión de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica es la complicación más grave de esta cirugía, por lo que su prevención es obligatoria.

Presentamos un video que demuestra una anomalía del árbol biliar, que condiciona una inserción del conducto cístico en un conducto hepático derecho aberrante extrahepático, anomalía que ocurre en un 6% de los casos.

Se muestra iconografía del caso y un breve repaso de las medidas de prevención de la lesión de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica.

## **R0123 ESOFAGUECTOMÍA TOTAL MEDIANTE ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO:TIEMPO LAPAROSCÓPICO**

*AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, SANTIAGO ABAD DE CASTRO, RAFAEL LOPEZ PARDON, EDUARDO FERNANDEZ MORALES, CRISTINA LOPEZ GONZALEZ, DAVID MARTINEZ CECILIA, NANCY CHINEA CORRALES, JUSTO ALVAREZ MARTÍN*

Presentamos un video de una esofaguectomía total de una paciente con una neoplasia de tercio medio de esófago mediante abordaje mínimamente invasivo:toracosopia derecha en decúbito prono(disección esofágica con linfadenectomía extendida),laparoscopia (creación del tubular gástrico) y cervicotomía lateral izquierda (anastomosis esofagogástrica).

Se muestra el caso clínico con iconografía de las exploraciones complementarias de interés,así como los aspectos técnicos del tiempo laparoscópico.

## **R0124 ESOFAGUECTOMÍA TOTAL MEDIANTE ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO:TIEMPO TORACOSCÓPICO**

*SANTIAGO ABAD DE CASTRO, AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, EDUARDO FERNANDEZ MORALES, RAFAEL LÓPEZ PARDO, CRISTINA LOPEZ GONZALEZ, DAVID MARTINEZ CECILIA, NANCY CHINEA CORRALES, JUSTO ALVAREZ MARTÍN*

Presentamos un video de una esofaguectomía total de una paciente con una neoplasia de tercio medio de esófago mediante abordaje mínimamente invasivo:toracoscopia derecha en decúbito prono(disección esofágica con linfadenectomía extendida),laparoscopia (creación del tubular gástrico) y cervicotomía lateral izquierda (anastomosis esofagogástrica).

Se muestra el caso clínico con iconografía de las exploraciones complementarias de interés,así como los aspectos técnicos del tiempo toracoscópico.

## **R0154 TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ACALASIA**

*AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, CRISTINA LÓPEZ GONZALEZ, SANTIAGO ABAD DE CASTRO, RAFAEL LÓPEZ PARDO, EDUARDO FERNANDEZ MORALES, MIGUEL ANGEL MORLAN PEREZ, NANCY CHINEA CORRALES, ANGELICA MIRA VAZQUEZ*

**Introducción:**La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, se caracteriza por un aumento de las presiones del EEI, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico. El tto. de esta patología ha evolucionado, pasando por el tto. médico farmacológico, endoscópico con dilatación, quirúrgico convencional con abordaje torácico o abdominal y últimamente con abordaje toracoscópico o laparoscópico asociado a procedimiento antirreflujo; este último es el que ha mostrado los mejores resultados, en cuanto a morbimortalidad y recidivas, siendo, hoy día, el tto. más indicado.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 44 pacientes intervenidos (1999-2011) con diagnóstico clínico, rx., endoscópico y manométrico compatible con acalasia .

**Resultados:** Intervención: abordaje laparoscópico completo, 5 trócares, disección del hiato esofágico, identificación del vago anterior, miotomía extramucosa de Heller amplia, extendida de más de 10 cms., medida, incluyendo 3 cms. distales a la UEG, comprobación con sonda y azul de metileno del buen paso y de la integridad mucosa esofágica, asociando un antirreflujo anterior tipo Dor fijada a pilares. Ingesta al día siguiente tras control rx. con gastrográfín: Tiempo qco. medio :160 min.; 2 conversiones, 6 perforaciones, todas resueltas de forma intraoperatoria, estancia media de 4.5 días, 2 recidivas radiológicas, 2 pacientes que han desarrollado hernias de hiato grandes, 50 meses de seguimiento medio, ningún paciente ha precisado dilatación ni reintervención hasta el momento.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico es el de elección en el tratamiento quirúrgico de la acalasia, siendo la miotomía de Heller amplia asociada a una técnica antirreflujo la técnica que ha demostrado mejores resultados. La longitud de la miotomía, especialmente en la vertiente gástrica, es uno de los aspectos más importantes de la cirugía, la mayoría de los autores recomiendan que la miotomía se extienda 1-2 cms en el estómago, Pellegrini propone ampliar la miotomía hasta 3 cms. por debajo de la UEG para conseguir una disrupción efectiva del EEI.

## **R0156 CISTOADENOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS:TTO. LAPAROSCÓPICO**

*SANTIAGO ABAD DE CASTRO, AURELIO FCO. ARANZANA GÓMEZ, CRISTINA LOPEZ GONZALEZ, RAFAEL LÓPEZ PARDO, GAZMEND KRASNIQUI, PABLO TORAL GUINEA, EDUARDO FERNANDEZ MORALES, MARIA GARCIA AVILA*

Introducción:Actualmente el abordaje laparoscópico de las lesiones quísticas pancreáticas es controvertido y no está implantado su uso en muchos centros hospitalarios.

Material y métodos:Caso clínico:Mujer de 34 años, es diagnosticada por ECO abdominal de tumoración quística de 7.8 cms. en cuerpo-cola pancreática.Expl. clínica normal.Expl. de interés:TAC:masa quística en cola pancreática (7x 5 cms.) de pared lisa,pseudoquiste versus neoplasia quística de páncreas.Ecoendoscopia:lesión quística en cola pancreática bien delimitada con contenido denso sin aparente comunicación con el conducto pancreático.Amilasemia,lipasemia,marcadores y serología de hidatidosis normales.

Resultados:Intervención.Decúbito parcial derecho,abordaje laparoscópico completo 5 trócares,apertura de transcavidad con exposición pancreática,tumoración quística de más de 8 cms. a nivel de cuerpo-cola pancreática,disección del eje mesoportál así como arteria y vena esplénica,ésta, adherida a la tumoración,sección vascular arterial individualizada con endogía, sección pancreática proximal con márgenes y vascular venosa esplénica en bloque con Endogias,completando la esplenopancreatectomía corporocaudal,con extracción del bazo fragmentado y pieza pancreática en bolsa, previa punción para muestras de bioquímica y citología del contenido quístico ,con colocación de drenaje.Tiempo quirúrgico:180 minutos.

Buen curso postoperatorio.Ingesta al 1º día postoperatorio,ata hospitalaria al 5º.Anatomía Patológica definitiva:Cistoadenoma mucinoso,bordes libres.

Conclusión:En pacientes seleccionados con patología quística pancreática y en equipos con experiencia ,el abordaje laparoscópico puede ser una alternativa válida y segura.