

COMPLICACIÓN MAYOR SECUNDARIA A TRÓCAR ÓPTICO DURANTE CIRUGÍA BARIÁTRICA

MAJOR COMPLICATION DUE TO OPTICAL TROCAR DURING BARIATRIC SURGERY

Autores: Ferrer Márquez Manuel, Sofía Ortega-Ruiz, Elizabet Vidaña-Márquez, Ángel Pareja-López

Centro de trabajo: Hospital Torrecárdenas, Almería.

Autor de correspondencia: Manuel Ferrer Márquez

C/ Valencia, 5. 04007 Almería Manuferrer78@hotmail.com

Resumen:

La entrada a cavidad abdominal para la realización de neumoperitoneo es el primer paso en cirugía laparoscópica. La obesidad mórbida es factor de riesgo para lesiones iatrogénicas como consecuencia del grosor de la pared abdominal y diferentes características de los pacientes bariátricos.

Presentamos el caso de un paciente bariátrico con una complicación grave secundaria a la entrada de un trócar óptico con perforación colónica.

Es necesario un uso delicado y cuidadoso de los trócares de entrada para intentar minimizar en lo posible las lesiones iatrogénicas. Ante la duda de la existencia de una lesión, se recomienda una revisión exhaustiva de la cavidad.

Palabras Clave: Laparoscopia; Trócar óptico; complicación laparoscópica; paciente bariátrico

Abstract:

Creating the pneumoperitoneum is the first surgical procedure in laparoscopic abdominal surgery. Morbid obesity is a risk factor for iatrogenic injuries because of the considerable thickness of the abdominal wall and other different features of bariatric patients.

We report the case of a bariatric patient with a major complication due to optical trocar with colonic perforation.

A careful and delicate use of access trocars is necessary to minimize the risk of iatrogenic injuries. In case of doubt is suggested an exhaustive revision of abdominal cavity.

Keywords: Laparoscopy; optical trocar; laparoscopy complication; bariatric patient

Introducción

La cirugía bariátrica requiere entrenamiento y habilidad en técnicas de laparoscopia avanzada. Posiblemente la parte técnica que más destreza precisa es la realización de anastomosis y suturas intracorpóreas, sin embargo, desde el primer gesto, estos pacientes precisan de un cuidado especial en todos y cada uno de ellos, ya que sus complicaciones pueden poner el peligro su vida con facilidad. La

entrada en cavidad para la realización de neumoperitoneo es el primer paso en esta cirugía, para lo cual existen diferentes posibilidades técnicas no exentas de riesgos^{1,2}. A pesar de que la técnica abierta es la que hipotéticamente se asocia a menos complicaciones, es prácticamente imposible llevarla a cabo en el paciente bariátrico. Se expone a continuación el caso de un paciente intervenido de cirugía bariátrica con una complicación mayor secundaria al uso de un trócar óptico.

Paciente de 39 años con antecedentes personales de síndrome hipoventilación-obesidad y un Índice de Masa Corporal (IMC) de 57Kg/m² que, tras evaluación por nuestro equipo multidisciplinar, se decide intervenir mediante gastrectomía vertical laparoscópica.

Se procede a la creación del neumoperitoneo con trócar óptico a nivel supraumbilical, evidenciando tras la inserción de dicho trócar, la salida de material hemático a través de la válvula del mismo. Rápidamente se introduce otro trócar en hipocondrio izquierdo y se tapona el orificio creado a nivel supraumbilical, sin observar sangrado activo ni hemoperitoneo en cavidad abdominal.

El paciente permanece estable en todo momento, pudiendo realizarse la cirugía con éxito. Antes de finalizar la misma, se procede a una nueva revisión de la cavidad abdominal sin encontrar hallazgos.

El paciente es dado de alta al 2º día postoperatorio según nuestro protocolo, realizándose previo al alta el test con azul de metileno.

Tras 48 horas de alta, el paciente acude a urgencias por malestar general y fiebre de 39°C, sin otra sintomatología. Se realiza una analítica donde se observa elevación de parámetros de inflamación agudos. Se realiza una TC abdominal urgente donde se evidencia una perforación a nivel del borde mesentérico del colon transverso con importante neumoperitoneo, sin líquido libre (figura 1).

Figura 1.



Se procede a intervención quirúrgica urgente vía laparoscópica en la que se objetiva dicha perforación y se procede al cierre simple con sutura continua barbada (pues no existía contaminación de la cavidad, y los bordes de la perforación presentaban buena vitalidad) (figura 2). Tras 10 días en reanimación el paciente no evoluciona favorablemente objetivándose salida de material fecaloideo y gas a través del drenaje, por lo que se decide nueva intervención quirúrgica (mediante laparotomía) evidenciándose una dehiscencia de la sutura y peritonitis fecaloidea localizada, por lo que

se opta por una hemicolectomía derecha ampliada e ileostomía terminal. Tras ello el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta tras 23 días de ingreso.

Figura 2.



La creación del neumoperitoneo es el primer paso en la cirugía laparoscópica. Aun se debate cuál es la técnica más segura para la creación del mismo, y, hasta el momento, pocos estudios se han realizado en la población obesa candidata a cirugía bariátrica. Una revisión de la Cochrane publicada en 2015 concluye que no hay evidencia suficiente para recomendar un tipo u otro de entrada, y a pesar de que la entrada abierta presenta menos fallos en la entrada, no se asocia de forma significativa a un mayor número de lesiones vasculares o viscerales³. La obesidad mórbida representa una condición clínica adicional que se debe tener en cuenta durante la elección⁴.

La técnica abierta mediante trócar de Hasson es la que teóricamente podría asociarse a menos complicaciones, sin embargo, las características del paciente obeso hacen que su uso se encuentra muy limitado, ya que el pániculo adiposo de estos pacientes dificultan mucho la visión, además de facilitar el escape de CO₂ así como aumentar el tiempo operatorio^{5,6}. La punción mediante la aguja de Veress es muy utilizada en pacientes bariátricos⁷, pero puede asociarse a lesiones como consecuencia de la entrada de la aguja es a ciegas. Según la literatura, la lesiones de vasos mayores retroperitoneales se describen en un 0,3-1% de los procedimientos⁸. El ángulo de entrada de la aguja de Veress debe variar de acuerdo con el IMC del paciente: aproximadamente a 45° en pacientes no obesos, hasta 90° en pacientes obesos⁶. Entre pacientes obesos, el doble click es un test de seguridad sobre la localización correcta intraperitoneal de la aguja.

El trócar óptico, de punta cónica no cortante, facilita el acceso a cavidad mediante un trayecto espiroideo que solo separa los planos produciendo, en retirada, una superposición de éstos que ocluye el trayecto disminuyendo el riesgo de eventraciones. De esta manera, la tasa de hernias postlaparoscopia es del 0,1%⁹.

A pesar de que hasta la fecha no haya estudios sólidos sobre la eficacia y seguridad de trocares de entrada en pacientes obesos, es necesario un uso delicado y cuidadoso de los mismos para intentar minimizar en lo posible las lesiones iatrogénicas. Ante la duda de la existencia de una lesión, se recomienda una revisión exhaustiva de la cavidad, ya que, su aparición en el postoperatorio puede dificultar mucho su resolución, y poner en peligro la vida del paciente.

9. Fernandez-Lobato R, Ruiz de Adana-Berbel JC, López Herrero J, Limones-Esteban M. Uso del trocar óptico en laparoscopia. *Cir Esp* 2004;75(1):49-50.

Bibliografía

1. Taye MK, Fazal SA, Pegu D, Saikia D. Open Versus Closed Laparoscopy: Yet an Unresolved Controversy. *J Clin Diagn Res.* 2016 Feb;10(2):QC04-7.
2. Merlin TL, Hiller JE, Maddern GJ, Jamieson GG, Brown AR, Kolbe A.. Systematic review of the safety and effectiveness of methods used to establish pneumoperitoneum in laparoscopic surgery. *Br J Surg.* 2003 Jun;90(6):668-79.
3. Ahmad G, Gent D, Henderson D, O'Flynn H, Phillips K, Watson A. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Aug 31;8:CD006583.
4. Kassir R, Blanc P, Lointier P, Tiffet O, Berger JL, Amor IB, et al. Laparoscopic entry techniques in obese patient: veress needle, direct trocar insertion or open entry technique? *Obes Surg.* 2014 Dec;24(12):2193-4.
5. Bonjer HJ, Hazebroek EJ, Kazemier G, Giuffrida MC, Meijer WS, Lange JF. Open versus closed establishment of opneumoperitoneum in laparoscopic surgery. *Br J Surg* 1997;84:599-602.
6. Vilos GA, Ternamian A, Dempster J, Laberge PY, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Laparoscopic entry: a review of techniques, technologies, and complications. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007 May;29(5):433-65.
7. Kosuta M, Palmisano S, Piccinni G, Guerrini J, Giuricin M, Nagliati C, et al. Safety of Veress needle insertion in laparoscopic bariatric surgery. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2014 Feb;24(1):e1-4.
8. Sandadi S, Johannigman JA, Wong VL, et al. Recognition and management of major vessel injury during laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17:692-702.