

Reconstrucción del tránsito intestinal video-asistida luego de una operación de Hartmann

Dres. Carlos Acevedo¹, Mónica Caraballo¹,
Fernando Mandirola², Francisco Crestanello³

Resumen

La reconstrucción del tránsito luego de operación de Hartmann es un procedimiento con mortalidad baja, pero con morbilidad no despreciable. El abordaje laparoscópico de este procedimiento presenta algunas ventajas frente al abordaje tradicional. Se presenta un caso de reconstrucción del tránsito intestinal video-asistida luego de una operación de Hartmann, con buena evolución posoperatoria.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica
Intestino

Summary

Rebuilding of transit after Hartmann's operation is a low mortality procedure, but with a no contemptible morbidity. Laparoscopic approach of this procedure show some advantages in front of traditional approach. A case of video assisted rebuilding of intestinal transit after Hartmann's operations is presented, with good postoperative evolution.

Introducción

Si bien el cierre de una colostomía luego de una operación de Hartmann es un procedimiento con baja mortalidad, la morbilidad que se le atribuye no es despreciable (15–34%)^(1,2). El abordaje laparoscópico de este procedimiento presenta ventajas frente a la laparotomía: menos morbilidad parietal⁽³⁾, un íleo menos prolongado y una hospitalización más corta⁽³⁻⁶⁾.

Se presenta un caso de reconstrucción del tránsito por cirugía laparoscópica luego de una operación de Hartmann.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 80 años, portador de una válvula aórtica protésica biológica, que había sido intervenido seis meses antes por una hernia inguinal izquierda estrangulada conteniendo colon sigmoides deslizado y necrosado. Presentaba una peritonitis purulenta difusa, y se le había realizado una resección de sigmoides con cierre del cabo distal con poliglaquina, un abocamiento del cabo proximal a la piel en forma de colostomía terminal y una toilette peritoneal. El enema baritado mostró un muñón distal de 20 cm de longitud y el resto del colon sano.

Técnica operatoria

El paciente fue a sala de operaciones con el colon preparado, y con profilaxis antibiótica. En sala se colocó una sonda vesical, y el paciente fue instalado con las piernas separadas y con el brazo izquierdo a lo largo del cuerpo.

1. Asistente de Clínica Quirúrgica.

2. Residente de Clínica Quirúrgica.

3. Profesor Director de Clínica Quirúrgica.

Clínica Quirúrgica "A" Hospital de Clínicas Manuel Quintela.

Correspondencia: Clínica Quirúrgica "A" Hospital de Clínicas

Manuel Quintela. Av. Italia s/n. Montevideo, Uruguay

Presentado como video en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de setiembre de 1998.

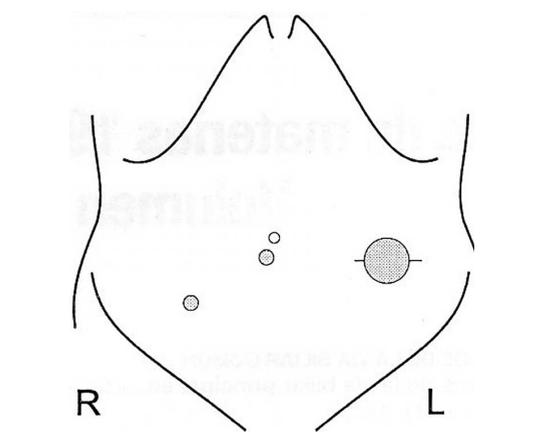


Figura 1. Posición de los trócares y del orificio de colostomía

El operador se colocó a la izquierda del paciente y la intervención comenzó incidiendo la piel alrededor de la ostomía para desmontarla como en la cirugía convencional. A través de la incisión se liberó el colon en sentido proximal tanto como fue posible (de modo que llegara cómodamente hasta la altura del pubis). También se efectuó una liberación digital de las adherencias entre el delgado y la pared, de manera de obtener un espacio para luego efectuar el neumoperitoneo. Se colocó en el cabo proximal adecuadamente preparado, el cabezal de una sutura mecánica de 25 mm, ajustándolo con una jareta de polipropileno. Se introdujo el conjunto colon-cabezal en la cavidad peritoneal.

Luego se colocó un trócar de "open laparoscopy" que con su balón inflable obstruyó el orificio por donde salía la colostomía, permitiendo insuflar el abdomen y efectuar la laparoscopia exploratoria.

Bajo visión laparoscópica se colocó un trócar convencional de 10 mm umbilical para el laparoscopia y otro similar en fosa ilíaca derecha (FID) (figura 1). Con pinzas atraumáticas de intestino, se completó la liberación de adherencias del delgado a la pared y al muñón rectal. Este último fue identificado con la ayuda de una bujía intrarrectal manejada por un ayudante.

Al intentar llevar el cabezal hasta el muñón rectal disecado, se constató que llegaba con tensión, por lo cual fue necesario cambiar la óptica a la fosa ilíaca derecha y efectuar la liberación del colon descendente y de parte del ángu-

lo izquierdo para lograr una sutura sin tensión. Este procedimiento insumió la mayoría del tiempo operatorio.

Una vez que se comprobó la llegada sin tensión, se introdujo el puntero de la sutura mecánica circular por vía transanal, perforando el muñón rectal en el sitio adecuado, y se acopló al cabezal sintiendo el "clic". De esta forma se efectuó la sutura digestiva, y se efectuó finalmente un test de hermeticidad con iodopovino-na, pinzando el colon proximal con la pinza de intestino.

Luego de comprobar que la sutura había quedado sin tensión, se aspiró el peritoneo y se exsufió el abdomen, finalizando la intervención.

La evolución posoperatoria fue excelente; el paciente precisó sólo tres dosis de analgesia, deambuló e ingirió líquidos a las 24 horas, retomó el tránsito intestinal a las 48 horas, y permaneció hospitalizado siete días sólo para controlar la evolución de la sutura. Fue visto en consultorio a los 15 días, no presentando ninguna complicación.

Conclusión

Nuestro caso clínico reprodujo los beneficios que la literatura atribuye al abordaje laparoscópico para el reestablecimiento del tránsito luego de operación de Hartmann. Este tipo de abordaje es una opción que debe ser tenida en cuenta en pacientes con colostomía terminal en quienes la continuidad digestiva va a ser reestablecida.

Bibliografía

1. Roe AM, Prahbu S, Ali A et al. Reversal of Hartmann's procedure: timing and operative technique. Br J Surg 1991; 78: 1167-70.
2. Mosdell DM, Doberneck RC. Morbidity and mortality of ostomy closure. Am J Surg 1992; 162: 633-7.
3. Macpherson SC, Hansell DT, Porteous C. Laparoscopic-assisted reversal of Hartmann's procedure: a simplified technique and audit of twelve cases. J Laparoendosc Surg 1996; 6: 305-10.
4. Sosa JL, Sleeman D, Puente I, et al. Laparoscopic-assisted colostomy closure after Hartmann's procedure. Dis Colon Rectum 1994; 37: 149-52.
5. Navarra G, Ochionorelli S, Marcello D, et al. Gasless video-assisted reversal of Hartmann's procedure. Surg Endosc 1995; 9: 687-9.
6. Costantino GN, Mukalian GG. Laparoscopic reversal of Hartmann procedure. J Laparoendosc Surg 1994; 4: 429-33.