

VIDEO

Colecistectomía Laparoscópica Post Pancreatitis Severa en Situs Inversus Totalis: “Técnica Francesa en Espejo”.

Laparoscopic Cholecystectomy Post Severe Pancreatitis in Situs Inversus Totalis: “French Mirror Technique”.

Max Frey Hernández Zevallos¹, Yuliana Jiménez Reyna¹, Milagros Quispe Pirca¹, Lizeth Norka Chávez Quispe¹.

Resumen.

Compartimos nuestra experiencia institucional en cirugía laparoscópica de la vía biliar en pacientes con Situs Inversus Totalis. Se presenta el caso de un paciente varón de 63 años de edad, post pancreatitis severa de origen biliar más colelitiasis en quien se identificó situs inversus totalis. Se le realizó una colecistectomía parcial laparoscópica utilizando la técnica francesa en espejo. El paciente fue dado de alta en su primer día postoperatorio con evolución favorable. La colecistectomía laparoscópica en pacientes con Situs Inversus Totalis requiere una técnica quirúrgica más exigente, siendo la técnica francesa en espejo bastante útil en estos casos.

Palabras clave:

Situs Inversus Totalis, Colecistectomía laparoscópica, técnica francesa en espejo, Pancreatitis aguda, Colelitiasis.

Abstract.

We share our institutional experience in laparoscopic surgery of the bile duct in patients with Situs Inversus Totalis. We present the case of a 63-year-old male patient, post severe pancreatitis of biliary origin plus cholelithiasis in whom situs inversus totalis was identified. A laparoscopic partial cholecystectomy was performed using the French mirror technique. The patient was discharged on his first postoperative day with favorable evolution. Laparoscopic cholecystectomy in patients with situs inversus totalis requires a more demanding surgical technique, the French mirror technique being quite useful in these cases.

Keywords:

Situs Inversus Totalis, Laparoscopic cholecystectomy, French mirror technique, Acute pancreatitis, Cholelithiasis.

Introducción.

El Situs Inversus es una condición autosómica recesiva poco frecuente, con una incidencia que oscila entre 1:5000 a 20000 nacidos vivos, en este caso la presentación total se caracteriza por la presencia de dextrocardia, encontrándose el estómago al lado derecho de la línea media, mientras que el hígado y la vesícula biliar se encuentran al lado izquierdo de la línea media¹. En estos pacientes la incidencia de colelitiasis es similar a la reportada en la población normal y la presentación clínica de colecistitis es particular por ser de difícil diagnóstico, aun así el tratamiento de elección sigue siendo el abordaje quirúrgico laparoscópico y la realización del procedimiento requiere por parte del cirujano gran curva de aprendizaje y adiestramiento al ser las varia-

ciones anatómicas una determinante que hace que la cirugía sea más exigente. Reportamos el caso de un paciente con Situs Inversus Totalis en la que se utilizó la técnica francesa en espejo sin complicaciones intra y postoperatorias.

Video.

Paciente varón de 63 años, con antecedente de situs inversus totalis, post pancreatitis aguda severa de origen biliar y colelitiasis acude al Servicio de Cirugía a las 4 semanas post-pancreatitis para tratamiento quirúrgico electivo. Dentro de los estudios preoperatorios se reportó perfil hepático normal, tomografía abdominal con contraste que confirmó el situs inversus totalis,

Fecha de envío:
31 de mayo de 2022.

Fecha de aceptación:
20 de junio de 2022.

Proceso:
Revisión por pares.

Conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

¹ Departamento de Cirugía, Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo, Perú.

Correspondencia:

Dr. Max Frey Hernández Zevallos
Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo, Perú.
E-mail: mhernandezcirugia@gmail.com

colecistitis y resolución de cuadro de pancreatitis. Se realizó una colangiografía que evidenció ausencia de cálculos en la vía biliar común, por lo que se decidió programar para una colecistectomía laparoscópica electiva.

La intervención quirúrgica se realizó con anestesia general, utilizando la técnica francesa en espejo, el monitor y la torre se colocaron al lado izquierdo del paciente, el cirujano entre las piernas de este y los ayudantes al lado derecho. Se utilizaron 4 trócares posicionados de tal manera que correspondiera a la imagen en espejo de la técnica francesa habitual. Se realizó una incisión a nivel transumbilical, se colocó un trocar de 10mm y se creó neumoperitoneo abierto a presión estándar, se insertó el laparoscopio con ángulo de 30°, se confirmó el posicionamiento anómalo de los órganos intrabdominales: latido cardíaco y fondo gástrico al lado derecho, mientras que el ángulo hepático del colon, hígado y vesícula biliar al lado izquierdo de la línea media, esta última de apariencia fibrótica y con adherencias hacia epiplón, de inicio no se reconocía el conducto cístico, por la presencia de tejido inflamatorio entre vesícula y vía biliar, se procedió a liberación de adherencias y disección de bacinete, se utiliza disección roma para identificar la arteria cística la cual se seccionó con coagulación monopolar, lográndose identificar el conducto cístico mediante disección bimanual e hidrodisección, el cual luego de ser clipado fue seccionado con tijera, se procede a separar vesícula del lecho, sin embargo al llegar al fondo vesicular, debido a la ausencia de plano de disección adecuado en la cara posterior y al encontrarse la vesícula empotrada en el hígado, se decide realizar una colecistectomía subtotal, dejando una pequeña porción de la cara posterior de la vesícula adherida al hígado, la cual fue cauterizada, se colocaron los cálculos y la vesícula biliar en una bolsa de extracción, los cuales se retiraron por el trocar umbilical. A la macroscopía se evidencia una vesícula fibrótica con múltiples cálculos de 0.5cm, se procede a cerrar los puertos.

Video 1. Técnica quirúrgica.

Disponible en: <https://youtu.be/vMx4jg4P-7Y>



La cirugía fue completada por un cirujano diestro en 72 minutos con sangrado mínimo y sin complicaciones. El seguimiento postoperatorio a las 24 horas demostró evolución favorable del paciente por lo que fue dado de alta tolerando dieta. El estudio anatomopatológico posterior confirmó el diagnóstico de colecistitis crónica.

Discusión.

La realización de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con antecedente de pancreatitis aguda severa y colelitiasis requiere de estrategias específicas claramente establecidas en recomendaciones de varias sociedades quirúrgicas, cuyo objetivo es minimizar las complicaciones y asegurar el éxito del tratamiento de la vía biliar²; sin embargo si a esto le sumamos variaciones anatómicas como el situs inversus totalis, el paciente se vuelve potencialmente más complejo puesto que demanda cambios en la forma de pensar del cirujano y sus técnicas habituales³, haciendo más desafiante la realización de la colecistectomía desde el posicionamiento de los equipos y ayudantes, la colocación de los trócares, la disección de la vesícula biliar y la identificación de estructuras importantes en el triángulo de seguridad⁴.

Existen reportes de colecistectomías exitosas en pacientes con Situs Inversus Totalis desde 1991⁵, y uno de los pasos más controversiales es determinar la disposición de la colocación de los trócares, pues estos tienen que facilitar la visión crítica de seguridad para reducir los riesgos de lesión de vía biliar⁶. El hecho de que varias de las disecciones críticas deban realizarse conjuntamente con la mano izquierda plantea un problema técnico para los cirujanos diestros, los cuales deben de contar con una mayor curva de aprendizaje en laparoscopia⁷.

En el presente caso se utilizó la técnica francesa en espejo para realizar la colecistectomía, esta técnica permitió que la colocación de los trócares proporcione comodidad para la disección de la vesícula biliar y la hidrodisección de la arteria y conducto cístico; a pesar de los cambios inflamatorios severos que condicionaron fibrosis tanto en la vesícula como en la vía biliar, permitiendo así realizar una visión crítica de seguridad y una colecistectomía parcial segura sin complicaciones. Hasta la fecha no se ha introducido ninguna técnica estándar para la colocación de puertos en pacientes con situs inversus totalis durante la colecistectomía laparoscópica. Se han descrito diferentes posicionamientos de trócares, uso de puertos únicos, uso de técnicas accesorias como realizar una colangiografía intraoperatoria, o la utilización de un puerto adicional; con resultados que modifican el tiempo operatorio y la incidencia de lesiones de vía biliar⁸⁻¹⁰.

Nosotros proponemos la utilización de la técnica francesa en espejo para la realización de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con situs inversus totalis, a pesar de ser una técnica quirúrgica más exigente para el cirujano diestro, ha demostrado ser útil en el abordaje laparoscópico de patologías de la vía biliar.

Referencias bibliográficas.

1. Hartmann H. Note sur un procede nouveau d'extirpation des cancers de la partie du colon. Bull Mem Soc Chir Paris. 1923;49:1474–7.
2. Desai DC, Brennan EJ Jr, Reilly JF, Smink RD Jr. The utility of the Hartmann procedure. Am J Surg. 1998;175:152–4.
3. Gorey TF, O'Connell PR, Waldron D, Cronin K, Kerin M, Fitzpatrick JM. Laparoscopically assisted reversal of Hartmann's procedure. Br J Surg. 1993;80:109.
4. Sciuto P, Rappa J, Meineri J, Ruso L, Rodríguez G. Restitución del procedimiento de Hartmann por vía laparoscópica. Análisis de nuestra experiencia en el Hospital Maciel de Montevideo, Uruguay, Clínicas Quirúrgicas 2 y 3 de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR). Rev Chil Cir. 2017;69(6):446--451
5. Van de Wall BJ, Draaisma WA, Schouten ES, Broeders IA, Consten EC. Conventional and laparoscopic reversal of the Hartmann procedure: A review of literature. J Gastrointest Surg. 2010;14:743–52.
6. Barbarisi M, Sarra C, Pitaco J, Alfonso D, Gómez, Minetti A. La vía laparoscópica para la restitución del tránsito intestinal luego de la operación de Hartmann: consideraciones técnicas y resultados. Rev Argent Cir. 2012;102:28–36.
7. Toro A, Arditi A, Mannino M, Politi A, di Stefano A, Aftab Z. Laparoscopic reversal of Hartmann's procedure: State of the Art 20 years after the first reported case. Gastroenterol Res Pract. 2014;2014:530140.

XV Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica



XII Congreso Internacional de Cirugía Endoscópica
XI Curso Internacional de Enfermería MIS
Lima - Perú



Días
2 al 5
Noviembre
2022

XV CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA	HASTA EL 15 / 09 / 2022	DESDE EL 16 / 09 / 2022
Miembros Asociados y Adscritos SPCE*	\$ 180	\$ 200
Miembros ALACE y Asociaciones Convenio SPCE	\$ 180	\$ 200
Médico No Asociados	\$ 230	\$ 250
XI CURSO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA MIS		
Enfermeras (solo curso de enfermería)	\$ 80	\$ 100
CURSOS		
Cirugía Pediátrica MIS	\$ 50	
Cirugía de Pared Abdominal: Estado del Arte	\$ 50	
Cirugía Colorectal	\$ 50	
Cirugía Bariátrica y Metabólica	\$ 50	
TALLERES PRÁCTICOS		
Taller de Nudos y Suturas	\$ 70	
Taller Hands On Anastomosis	\$ 150	

* Asociados y Adscritos SPC hábiles al 2022

Para participar de los cursos de cirugía debe de estar inscrito al congreso.

Los médicos que se incorporen a la SPCE obtendrán los beneficios de pagar los precios del congreso como miembros SPCE.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

CENTRO DE CONVENCIONES DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Av. 28 de Julio - Miraflores - Lima - Perú

✉ spce@spce.org.pe 🌐 www.spce.org.pe 📞 944 245 726 / 998 019 083 📠 01 650 2190