

NOTES: APENDICETOMÍAS TRANSVAGINALES HÍBRIDAS EN HUMANOS CON INSTRUMENTOS LAPAROSCÓPICOS CONVENCIONALES. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

MEJÍAS, J.(1).
ALMAU, H.(2)
GARCÍA, N.(3)
DE LA FUENTE, R.(4)
BRAVO, C.(5)
ROSALES, P.(6)

RESUMEN

La apendicectomía es la intervención quirúrgica abdominal, más comúnmente practicada, actualmente la apendicectomía laparoscópica constituye la modalidad terapéutica ideal, en la búsqueda de técnicas quirúrgicas menos invasivas, se propone la realización de apendicectomía por orificios naturales, siendo la vía transvaginal el acceso para el desarrollo del procedimiento.

Método:

En la presente investigación se expone y describe la técnica quirúrgica NOTES: apendicectomía híbrida transvaginal con instrumentos laparoscópicos convencionales.

Conclusión:

El acceso transvaginal parece ser factible y seguro con instrumental laparoscópico convencional, para la realización de apendicectomías en cuadros clínicos no complicados. Es indispensable el entrenamiento en cirugía laparoscópica convencional. La triangulación laparoscópica desaparece, lo que dificulta la maniobrabilidad. No es necesario el uso de trócares para acceder a la cavidad abdominal.

Palabras clave

Apendicectomía transvaginal, NOTES, apendicitis

NOTES: HYBRID TRANSVAGINAL APENDICECTOMY ON HUMANS WITH REGULARS LAPAROSCOPICS INSTRUMENT. SURGICAL TECHNIQUE DESCRIPTION

ABSTRACT

The apendicectomy is the most common surgical procedure practice. Laparoscopic apendicectomy it is the gold standard. Searching for less invasive procedure it is propose the transvaginal apendicectomy for selected cases.

Method:

The investigation describes the technique of NOTES: hybrid transvaginal apendicectomy, using regular laparoscopies instruments.

Conclusion:

The transvaginal access it is feasible way to perform the apendicectomy. It is essential to be trained on advance laparoscopic technique. The triangulation trough transvaginal way is lost. It is not necessary to use throcars to access trough transvaginal way.

Key words

Transvaginal appendectomy, apendicitis, NOTES

-
- (1) *Servicio de Cirugía II, Hospital Vargas de Caracas. Clínica Briceño-Rossi.*
(2) *Servicio de Cirugía II, Hospital Vargas de Caracas. Instituto Diagnóstico.*
(3) *Servicio de Cirugía II, Hospital Universitario de Caracas, VidaMed.*
(4) *Especialista en Cirugía General, Hospital de Clínicas Caracas.*
(5) *Servicio de Cirugía II, Hospital Universitario de Caracas, Hospital de Clínicas Caracas.*
(6) *Especialista en Ginecología, Clínica Briceño-Rossi.*
-

La apendicectomía sigue siendo hoy en día una de las intervenciones quirúrgicas de emergencia más comunes que se realizan dentro la cavidad abdominal^(1, 2). Aproximadamente se realizan 250.000 casos/año en USA, con una relación hombre/mujer 1,4/1; el riesgo de por vida para desarrollar apendicitis es de 12% hombre y 23% para mujeres⁽³⁾.

Desde mediados del siglo XVI cuando es disecada y dibujada por Leonardo Da Vinci, el apéndice cecal y su patología estuvieron envuelta en misterio hasta finales del siglo XVII.⁽³⁾ En 1880 cuando Tait en Londres remueve una apéndice cecal en un proceso de apendicitis gangrenosa con muerte de la paciente⁽⁵⁾. Pasaron casi 2 siglos hasta la descripción clásica de su cuadro clínico realizado por Dr. Reginald Fitz⁽⁶⁾ y la descripción de la intervención clásica abierta realizada por Charles McBurney,⁽⁷⁾ procedimiento que se extendió universalmente, hasta el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva a finales de los años 80s e inicios de los 90s, hasta nuestros días, donde grandes meta-análisis favorecen la realización de este procedimiento por vía laparoscópica.

Desde la descripción clásica realizada por el Dr. Kallo⁽⁹⁾ con el uso de cirugía por orificios naturales (NOTES), cada día se suman nuevas publicaciones, como el trabajo de Palanivelu et al.⁽⁸⁾ en India quien realiza la primera apendicectomía endoscópica por vía vaginal publicando su experiencia en el año 2008, desde entonces se han agregado nuevas tendencias y técnicas híbridas. Estas nuevas técnicas nos permiten minimizar las incisiones abdominales, pudiendo disminuir el dolor post-operatorio y la estancia hospitalaria. Actualmente la gran mayoría de los instrumentos necesarios para este tipo cirugías se encuentran en diseño experimental, dificultando su aplicabilidad.

Burgarth et al y Mejias et al, en Alemania y Venezuela respectivamente, han desarrollado la cirugía transvaginal con instrumentos laparoscópicos convencionales, para la realización de colecistectomías.^(10,11)

MÉTODO

Las pacientes a ser seleccionadas, deben cumplir con los criterios de inclusión y no poseer ningún criterio de exclusión, siendo estos:

Criterios de inclusión:

- Paciente femenino con diagnóstico clínico de apendicitis aguda.
- Edades comprendidas entre 25 años y 70 años.
- Pacientes con vida sexual activa y fertilidad comprobada.
- Aceptación del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- IMC por encima de 30.
- Más de 24 horas de evolución del cuadro clínico.
- Infección en vía vaginal y cuello uterino.
- Citología patológica.
- Cualquier otra patología ginecológica que contraindique el abordaje transvaginal.
- Pacientes con menstruación.
- Pacientes con trastorno de abducción de la cadera.

Descripción de la técnica quirúrgica:

Previa anestesia y con dosis profiláctica de antibiótico, la pacientes en ubicada en posición ginecológica, con abducción máxima de la cadera y con mínima flexión del muslo. Se colocan ambos brazos a los laterales de la paciente en aducción.

La torre del laparoscopio se ubica al costado derecho de la paciente, el equipo quirúrgico se distribuye de la siguiente manera:

1. Cirujano entre las piernas de la paciente.
2. Primer ayudante, lado izquierdo de la paciente.
3. Instrumentista, lado derecho de la paciente.



Figura 1 Distribución del equipo quirúrgico.

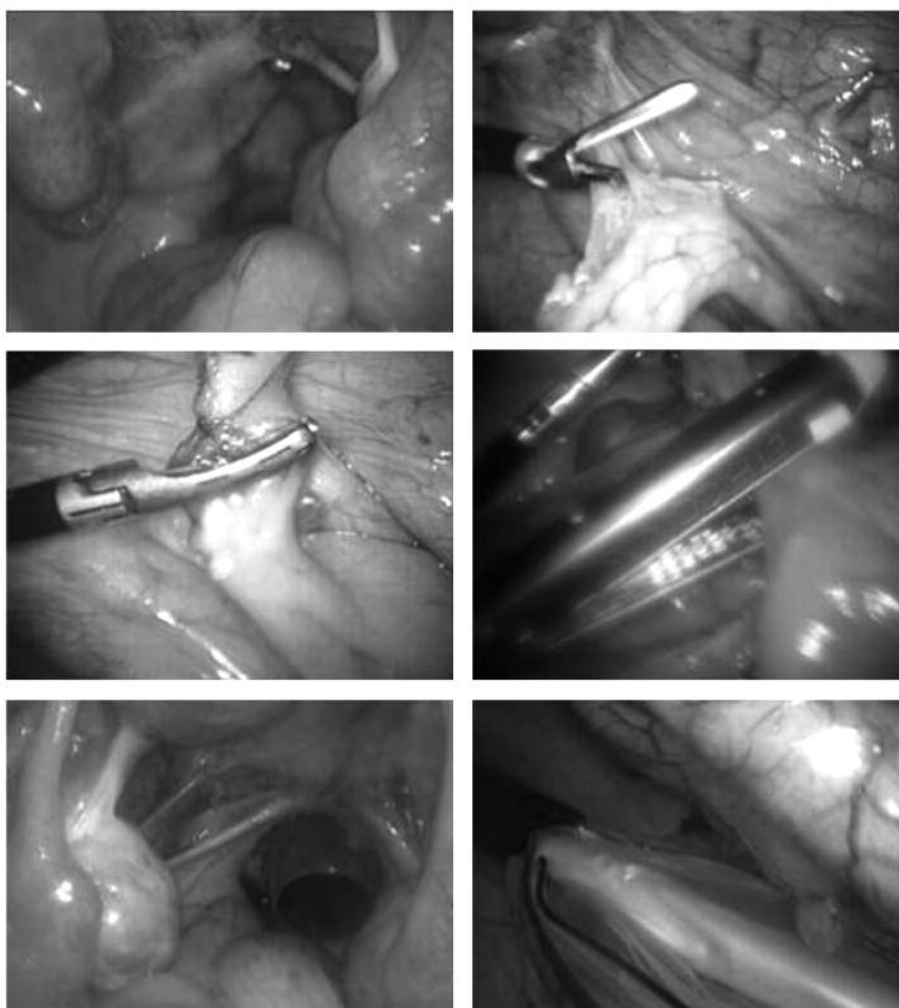
La asepsia de la paciente involucra la pared abdominal, genitales externos y canal vaginal, aplicando solución yodo povidona y colocación de sonda vesical para vaciado de la vejiga.

El abordaje a la cavidad abdominal es realizado a través de la colocación de trocar de 5 mm en la cicatriz umbilical, por técnica abierta. Seguidamente neumoperitoneo y laparoscopia diagnóstica con lente de 30 grados, Una vez evaluado y considerado la seguridad del acceso transvaginal, se solicita la colocación de

la mesa operatoria en posición de Trendelenburg forzada y lateralización izquierda, lo que favorecerá al cirujano realización de culdotomía por la técnica descrita por Mejías et al ⁽¹¹⁾, a continuación se procede a introducir un grasper intestinal de 5 mm y una tijera de bisturí armónico o ligasure de 5 mm, con estos instrumentos el cirujano coagula y secciona el meso-apéndice, para luego introducir maquina autosuturadora endoscópica de 35mm con la que obtiene el engrapado y sección de la base apendicular. Retirada la autosuturadora, se avanza bolsa extractora de órganos y una vez colocada la apéndice en su interior se procede al retiro de la pieza quirúrgica por vía vaginal. Constatada la hemostasia y se procede a la evacuación de neumoperitoneo y cierre de los accesos. La colpotomía es cerrada por vía vaginal con el uso de material de sutura absorbible número 00.

El acceso transvaginal parece ser factible y seguro con instrumental laparoscópico convencional, para la realización de apendicectomías en cuadros clínicos no complicados. Es indispensable el entrenamiento en cirugía laparoscópica convencional. La triangulación laparoscópica desaparece, lo que dificulta la maniobrabilidad. No es necesario el uso de trócares para acceder a la cavidad abdominal.

Figura 2. Secuencia quirúrgica de la apendicectomía híbrida transvaginal-umbilical.



REFERENCIAS

1. Piper et al. Current management of appendicitis at a community center. Ooe can we improve. Am J Surg 2008;195: 585 - 589.
2. Illustrative Handbook of general surgery. Springer. 2010 Charter 18. Appendectomy.
3. Addis, D. Am J Epidemiol 1990; 132: N 5: 910-925.
4. Surgery. Basic Science and clinical evidence. Norton, J. and col. 2001. Charter 32. Appendix. 647- 665.
5. Tait L. Surgical treatment of typhitis. Birmingham Med Rev 1890; 27:26-34.
6. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med Sci 1886; 92:321 -346.
7. McBurney CM. Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. NY Med J 1889; 50:676 - 684
8. Palanivelu et al. Transvaginal endoscopic appendectomy in humans: a unique approach to NOTES world's first report. Surg Endosc 2008; 22: 1343 - 1347.
9. Kallo A. and al. Flexible transgastric peritoneoscopy: a novel approach to diagnostic and therapeutic interventions in the peritoneal cavity. Gastrointestinal Endosc 2004; 60:114-117.
10. Burghardt J. NOTES with rigid laparoscopic instrumentation. Epublication 2009, 9: URL:http://www.eats.fr/doilt 03enburghardt001.htm
11. Mejias, J. De la Fuente, R. Almau, H. García, N. Kriger, A. NOTES: apendicectomía y colecistectomía transvaginales en humanos con instrumentos rígidos convencionales. Reporte preliminar de serie de casos. XVIII Congreso Latinoamericano de Cirugía 2009; <http://www.asevent.com/felac 2009/trabajos.php>