

Título: Manejo quirúrgico laparoscópico de paciente con hallazgo transoperatorio Parkland 5. Un reto para cirujanos en entrenamiento.

Autor: Dr. Alberto Medina Benítez

Coautores: Dr. Carlos Salvador Navarrete García, Dr. Javier Eleazar Valdez Ávila, Dr. Ricardo Durán Reyes

Tema: Colecistitis y Colectomía laparoscópica

Resumen caso clínico:

Paciente masculino de 37 años el cual ingresa de manera programada por la consulta externa del servicio de cirugía general con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica moderada diagnosticada por clínica y estudio de imagen, contando con protocolo quirúrgico completo y sin ninguna contraindicación para realizar procedimiento quirúrgico resolutivo. Se realiza bajo abordaje convencional a cuatro puertos se realiza incisión supraumbilical longitudinal de 10 mm, con técnica de Veress se introduce aguja y se corrobora adecuada posición, se inicia neumoperitoneo hasta alcanzar presión de 14 mmHg, se realiza laparoscopia, se coloca trocar subxifoideo 12 mm, subcostal y línea media axilar derechos de 5 mm bajo visión directa. Se inicia colectomía encontrando los siguientes hallazgos; adherencias que obscurecen la vesícula biliar, vesícula biliar de 8x4 cm, con edema y eritema en toda su extensión, nats de fibrina que abarcaban fondo y cuerpo. Adherencias laxas hacia fondo y cuello. Contenido de líquido biliar, abundantes litos de 4 - 5 mm, amarillentos, conducto cístico anterior de 2 mm de grosor y 2 cm de longitud, arteria cística posterior de 1 mm de grosor, 5 mm de longitud, se liberan adherencias, se punciona cuerpo y se aspira líquido biliar, se pinza, tracciona y dirige cefálicamente en dirección al hombro fondo vesicular, se inicia disección de conducto cístico, se expone adecuadamente triangulo de Calot y triángulo hepatocístico libre de adherencias, se identifican arteria y conducto císticos como únicas estructuras que entran a la vesícula, se visualiza el plato cístico y surco de Rouvier. Visión crítica de seguridad de seis puntos. Se grapa conducto cístico, se colocan dos grapas proximales, una distal y se corta, posteriormente se grapa arteria cística, se colocan dos grapas, una proximal y otra distal y se corta. Continuamos con disección de cara posterior de vesícula con disección roma y electrocauterio hasta liberar de lecho hepático, se corrobora hemostasia, como incidente, se liberan litos hacia cavidad abdominal, extrayéndose en su totalidad. Mediante bolsa extractora se retira vesícula por puerto subxifoideo, posteriormente se realiza lavado con solución salina 0.9% y aspiración. se introduce drenaje tipo Penrose de ¼ de pulgada y se exterioriza por puerto de línea media axilar. Se retiran trócares bajo visión directa. Se realiza lavado de heridas quirúrgicas, se cierran con puntos tipo Aschiff con nylon 2 – 0, fijamos drenaje de Penrose, limpiamos y cubrimos heridas con parches estériles, se da por concluido evento quirúrgico sin presencia de complicaciones o eventualidades. Ante los hallazgos previamente descritos se decide mantener hospitalizado al paciente para su vigilancia médica, presento una adecuada evolución postoperatoria.