

Técnicas básicas en cirugía laparoscópica del adulto

X. Pouliquen

Al igual que en cirugía abierta, la adquisición de las técnicas básicas específicas de la cirugía laparoscópica sólo se puede conseguir mediante el aprendizaje práctico, pero requiere una comprensión adecuada de la lógica de dichas técnicas y de sus detalles más pequeños. Estas técnicas son obligatorias para todas las operaciones laparoscópicas y consisten en: la colocación del paciente y de los dispositivos técnicos, teniendo en cuenta la seguridad del paciente y la ergonomía del equipo quirúrgico; la creación del neumoperitoneo (mediante un procedimiento abierto o por punción); la inserción de los trocares, en especial del primer trocar en caso de punción; las técnicas de retroneumoperitoneo lumbar y pélvico; la exposición y la separación de los órganos; la exposición de proximidad del espacio de disección; el manejo del laparoscopio; las técnicas elementales de disección y de hemostasia (preventiva o curativa); el control de la energía eléctrica y de sus riesgos; la realización de los nudos intra y extracorpóreos; la de las suturas manuales o mecánicas; la liberación de las adherencias parietales y viscerales; la extracción de las piezas; la peritonización; el drenaje; la exuflación del neumoperitoneo; la infiltración anestésica y el cierre de los orificios de los trocares, así como, por último, la posible conversión en laparotomía en función de su contexto hemorrágico o no.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Laparoscopia; Cirugía laparoscópica; Neumoperitoneo; Nudos; Trocares; Conversión

Plan

■ Introducción	2	■ Retroneumoperitoneo	9
■ Colocación	2	Lumbar	9
Prevenición de las compresiones	2	Pélvico	9
Posición y comodidad del cirujano y sus ayudantes	3	■ Exposición interna	10
Disposición del material y del mobiliario quirúrgico	4	Principios	10
■ Creación del neumoperitoneo	4	Aplicación a las diferentes vísceras	10
Método abierto	4	Realización de la separación	12
Punción	5	Exposición de proximidad	12
■ Introducción del primer trocar tras el neumoperitoneo por punción	7	■ Manejo del laparoscopio	12
Regla prioritaria de la dirección adecuada	7	Precauciones y ajustes iniciales	12
Método de introducción	7	Sujeción manual del laparoscopio	12
Variante	7	Soportes «robotizados»	13
■ Ajuste definitivo de las constantes de insuflación	8	Óptica de visión oblicua	13
■ Introducción de los demás trocares	8	Vaho	13
Principios de colocación	8	■ Técnicas de disección	13
Dirección de introducción	8	■ Hemostasia preventiva	13
Elección de los calibres y del número de los trocares	8	Sección-coagulación eléctrica monopolar convencional	13
Elección del tipo de trocar	9	Sección fría tras coagulación bipolar	13
Deslizamiento del trocar	9	Bisturí armónico y de termofusión	13
Fuga de gas alrededor de un trocar	9	Clips	13
Peligro de la inclinación de la mesa	9	Hemostasia con grapadora	13
		Ligadura	14
		■ Energía eléctrica: situaciones y técnicas peligrosas	14
		■ Técnicas de hemostasia	14
		Hemorragia a lo largo de un trocar	14

Hemorragia de un pedículo «medio» (cístico o cólico, por ejemplo)	14
Hemorragia de un gran vaso retroperitoneal (aorta o sus ramas, vena cava)	15
Conversión en caso de hemorragia activa (sin hemostasia provisional posible mediante laparoscopia)	15
■ Nudos	15
Definiciones	15
Nudos intracorpóreos	15
Nudos extracorpóreos	16
Nudos mixtos	18
■ Sutura	18
Elección de la aguja	18
Introducción y extracción de las agujas	19
Sujeción de la aguja en el abdomen	19
Realización general de la sutura	20
Caso especial de las suturas continuas	20
■ Sutura mecánica	20
Máquinas de suturar	20
Grapadoras	22
■ Adherenciólisis	22
■ Extracción de las piezas de exéresis	23
■ Peritonización	24
■ Fin de la intervención	24
Drenaje	24
Comprobaciones habituales	24
Extracción de los instrumentos	24
Exuflación	24
Infiltración anestésica de los orificios parietales	24
Cierre de los orificios parietales	24
■ Conversión en laparotomía	25
Conversión «tranquila»	25
Conversión por hemorragia activa (sin hemostasia provisional posible mediante laparoscopia)	25

■ Introducción

Al igual que en cirugía convencional, las técnicas básicas constituyen los fundamentos obligatorios de la artesanía quirúrgica laparoscópica, a los que se enfrenta a diario el cirujano. No por el hecho de ser «básicas» estas técnicas dejan de ser importantes, a veces vitales (p. ej., la introducción de los trocares) y siempre son cruciales para la comodidad y el éxito de la intervención. Como estas técnicas se efectúan a diario y son repetitivas, se aprenden por sí solas, pero con el riesgo de adquirir malos hábitos. Sin duda, su dominio sólo se consigue con la experiencia, pero mediante la comprensión lógica

inicial y, por tanto, gracias a un aprendizaje teórico que no debe pasar por algo ningún detalle técnico. Tal aprendizaje se enfrenta a la gran variedad de estas técnicas básicas, que son difíciles de unificar, pero que deben considerarse como el reflejo de la ingeniosidad de cada cirujano. En este artículo se describen las técnicas más admitidas o experimentadas por el autor y se precisan las variantes y los «astucias» que otros cirujanos han comunicado, aunque no estén publicados. Las menciones de lateralidad se refieren a un cirujano diestro y deben invertirse para los zurdos. Las técnicas básicas que se describen en este texto suponen unos conocimientos mínimos sobre la tecnología de la cirugía laparoscópica y los lectores pueden remitirse a los artículos y tratados sobre esta especialidad [1, 2].

■ Colocación

La colocación del paciente y de todo el dispositivo quirúrgico forma parte de las técnicas que el cirujano (que es el responsable de estos aspectos) debe dominar, controlando la acción de su equipo o realizándolas él mismo.

Prevenición de las compresiones

Es fundamental, debido a dos tipos de requerimientos especiales, poco frecuentes en cirugía abierta, que pueden ser necesarios en la cirugía laparoscópica.

Ángulos de inclinación de la mesa de operaciones

Nunca deben superar los 30°. Cuando son mayores de 20° requieren un sistema de sujeción del paciente.

En posición de Trendelenburg, las cuñas de los hombros pueden comprimir el plexo braquial [3], por lo que sólo deben utilizarse en última instancia para una breve sujeción si el anestesiista indica que el paciente se desliza. Por tanto, hay que verificar que están separadas de los hombros unos 2 cm. Un procedimiento más seguro consiste en fijar al paciente con bandas o correas cruzadas que sujeten el tórax a los bordes de la mesa [4]. Si la intervención requiere un acceso perineal, la exteriorización de las nalgas fuera del borde inferior de la mesa, en el que se apoyará el sacro y no sólo el cóccix, garantiza de forma adecuada que el paciente no se deslice hacia arriba, siempre que no se pase de la posición de Trendelenburg al decúbito prono, que podría hacer bascular la pelvis al vacío.

En decúbito prono (Fig. 1), si los miembros inferiores están extendidos, el apoyo debe hacerse sobre los

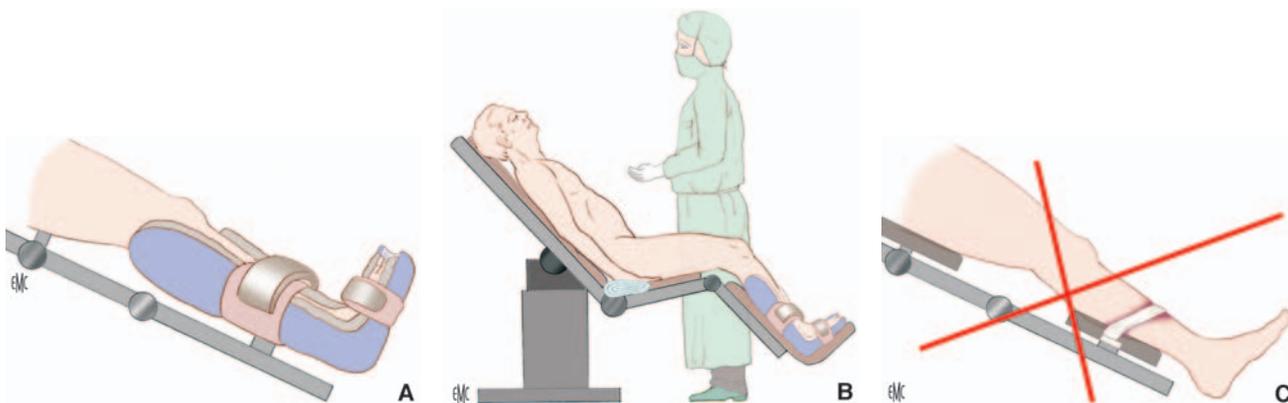


Figura 1. Posición en decúbito prono.

A. Pernera de semibota.

B. Posición semisentada.

C. Efecto de torniquete peligroso de las correas de las piernas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287284>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287284>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)