

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

Resección laparoscópica de un divertículo uracovesical en edad pediátrica.

Autores:

Autor presentador:

Nataliz Vega Mata

Resto de autores:

Cristina Montalvo Ávalos, Antonia Jesús López López, Lucía Raposo Rodríguez*, Álvarez Zapico Jose Antonio, Carlos Gutiérrez Segura.

Institución:

Servicio de cirugía pediátrica. Servicio de radiología*. Hospital Universitario Central de Asturias. España.

Resumen de comunicación:

Introducción:

El uraco es una estructura vestigial fibrosa derivada de la involución del alantoides, la cual comunica el vértice de la vejiga con el ombligo. Presenta una incidencia en la edad adulta de 1:5000 y de 1:150.000 en edad pediátrica. La ausencia de su obliteración o su repermeabilización da lugar a diferentes tipos de remanentes uracales siendo por orden de frecuencia: uraco permeable (50%), quiste de uraco (30%), seno uracumblical (15%) y divertículo uraco-vesical (3-5%).

Objetivo:

Descripción de la exéresis laparoscópica del tipo de remante uracal menos frecuentes: el divertículo uracovesical sobre el que no encontramos, revisando la literatura, ejemplos de resección laparoscópica en la edad pediátrica.

Material y método:

Se presenta un niño de 5 años de edad, en seguimiento ambulatorio por hernia umbilical. En la última revisión, refiere molestias a nivel umbilical motivo por el que se solicita una ecografía que detecta una lesión suprapúbica de 8x10 mm de diámetro en comunicación con la vejiga sugestiva de anomalía uracal persistente. Se decide la realización de una cirugía con abordaje laparoscópico de forma programada bajo anestesia general.

Resultados:

Tras sondaje vesical, se realiza una incisión infraumbilical y disección de saco herniario umbilical. A través del defecto umbilical, se introduce un trocar de Hasson de 10 mm y con una óptica de 30° y un neumoperitoneo de 12 mmHg se realiza una exploración laparoscópica. Se detecta una estructura quística prominente en la línea media con una amplia comunicación con la vejiga compatible con divertículo uraco-vesical. Se introduce dos trocares de trabajo de 5 mm de diámetro

SECLA ENDOSURGERY

en ambos cuadrantes superior derecho e izquierdo. Se incide en el peritoneo parietal anterior y se disecciona todo el divertículo en sentido craneocaudal tanto de la pared abdominal anterior como de la vejiga subyacente. Se realiza el cierre de la comunicación uracovesical con una línea de sutura transfixiva con vicryl de 2.0 que se refuerza con la colocación de dos endoloops. Se secciona con tijera y se comprueba estanqueidad y correcta hemostasia. Se cierra el defecto del peritoneo parietal anterior con una sutura continua de vicryl de 2.0. Finalmente, se exterioriza el divertículo a través del trocar umbilical y se extraen los trocates de trabajo bajo visión directa. Se continúa con la herniorrafia umbilical. El paciente permanece con sonda vesical y bajo profilaxis antibiótica con augmentine durante 7 días. Tras retirada de la sonda vesical, inicia micciones espontáneas sin dificultad por lo que recibe el alta hospitalaria al 7º día postoperatorio permaneciendo hasta el momento actual asintomático. La anatomía patológica confirma la resección de un remanente uracal.

Conclusiones:

La laparoscopia es una técnica segura en la edad pediátrica que nos permite no sólo una confirmación diagnóstica sino buena visualización y fácil acceso a la vejiga. Creemos indispensable el uso de una óptica de 30º para visualizar adecuadamente la pared abdominal anterior y el uso de un bisturí armónico para conseguir una disección hemostática. Este abordaje permite obtener óptimos resultados postquirúrgicos con las ventajas ya conocidas de la cirugía mínimamente invasiva.