



Biblioteca  
digital

Incluye **e-Book**

TOMO 1 2<sup>a</sup>  
C. PALANIVELU EDICIÓN

# EL ARTE DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

TEXTO DIDÁCTICO Y ATLAS  
GENERALIDADES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA



AMOLCA



AMOLCA

# El arte de la cirugía laparoscópica

Texto didáctico y atlas



**AMOLCA**  
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA



# El arte de la cirugía laparoscópica

Texto didáctico y atlas

Segunda edición

TOMO 1: GENERALIDADES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

**C. Palanivelu** MS MCh FRCS FACS PhD DSc

Jefe de Cátedra, División de Gastroenterología Quirúrgica  
y Cirugía de Mínimo Acceso

Director, Hospital GEM y

Centro de Investigación Coimbatore,  
Tamil Nadu, India

AMOLCA  
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA

2022



**Tomo 1: Generalidades en cirugía laparoscópica**

1. Historia de la cirugía laparoscópica	1
2. Instrumentación y sistemas de imágenes en laparoscopia	13
3. Anestesia para la cirugía laparoscópica	35
4. Esterilización y desinfección de los instrumentos laparoscópicos	47
5. Acceso al espacio laparoscópico	62
6. Aproximación tisular laparoscópica	73
7. Hemostasia laparoscópica	111
8. Configuración del quirófano laparoscópico	127
9. Diseño y disposición de las salas	130
10. Imágenes preoperatorias en la cirugía mínimamente invasiva	135
11. Laparoscopia diagnóstica: indicaciones, tuberculosis y adherenciolisis	152
12. Estadaje laparoscópico del cáncer	175
13. Laparoscopia en el embarazo	186
14. Cirugía laparoscópica reoperatoria	201
15. Sistemas de extracción de especímenes en la cirugía laparoscópica	212
16. Complicaciones de la laparoscopia	225
17. Cirugía laparoscópica a través de incisión única	233
18. Cirugía robótica	251
19. Laparoscopia en cirugía pediátrica: práctica actual	259
20. Cirugía metabólica: conceptos actuales	264
21. Cirugía videotoracoscópica y timectomía	271
22. Cirugía de mínimo acceso de cabeza y cuello	279
23. Cirugía herniaria mínimamente invasiva: práctica actual	287
24. Entrenamiento en laparoscopia	297
25. Riesgos laborales para el cirujano laparoscópico	311
26. Documentación en cirugía laparoscópica	316
27. Entrenamiento laparoscópico para el personal de enfermería	325
28. Recuperación mejorada después de la cirugía	330

## Tomo 2: Cirugía gastroesofágica

### SECCIÓN 1: ESÓFAGO

29. Anatomía del mediastino, esófago, hiato y diafragma	337
30. Manejo laparoscópico de la acalasia del cardias	359
31. Enfermedades por reflujo gastroesofágico	384
32. Manejo laparoscópico de las enfermedades por reflujo gastroesofágico	392
33. Reparación laparoscópica de la hernia paraesofágica	414
34. Cirugía reoperatoria antirreflujo	430
35. Manejo laparoscópico para la estenosis péptica del esófago	440
36. Manejo toracoscópico o laparoscópico de enfermedades esofágicas benignas	446
37. Manejo toracolaparoscópico del síndrome de Boerhaave	474
38. Cuerpos extraños en el intestino anterior: abordaje mínimamente invasivo	482
39. Lesiones corrosivas del esófago: abordaje mínimamente invasivo	497
40. Cirugía mínimamente invasiva en el carcinoma esofágico: conceptos actuales	507
41. Esofagectomía toracolaparoscópica de McKeown	523
42. Esofagogastrectomía laparoscópica y anastomosis intratorácica (esofagectomía de Ivor Lewis)	546
43. Esofagectomía transhiatal laparoscópica	566
44. Complicaciones de la esofagectomía	572

### SECCIÓN 2: ESTÓMAGO Y DUODENO

45. Manejo laparoscópico de la enfermedad ulcerosa péptica	579
46. Manejo laparoscópico de los tumores del estroma gastrointestinal	598
47. Tumores neuroendocrinos gástricos y duodenales: abordaje mínimamente invasivo	617
48. Abordaje mínimamente invasivo para cuerpos extraños en el estómago	623
49. Lesiones corrosivas del estómago: abordaje mínimamente invasivo	633
50. Manejo laparoscópico del vólvulo gástrico	644
51. Manejo laparoscópico del síndrome del ligamento arcuato medio	654
52. Duodenoyeyunostomía laparoscópica para el síndrome de Wilkie	658
53. Resección duodenal laparoscópica en los tumores no ampulares	665
54. Cirugía laparoscópica para la obesidad mórbida: conceptos actuales	676
55. Cirugía mínimamente invasiva para el carcinoma gástrico: conceptos actuales	689
56. Gastrectomía laparoscópica subtotal y total con linfadenectomía D2	710

## SECCIÓN 3: POSTSCRIPT

57.	Consideraciones anestésicas en la esofagectomía toracoscópica	731
58.	Manejo posoperatorio precoz en la esofagectomía toracolaparoscópica	739
59.	Procedimientos paliativos en los cánceres del tracto gastrointestinal superior	744
60.	Robótica en cirugía gastrointestinal superior	748
61.	Esofagectomía toracolaparoscópica en la anatomía anormal ( <i>situs inversus totalis</i> )	751
62.	Laparoscopia a través de incisión única en la cirugía gastroesofágica	754

## Índice

II-1- II-10

## Tomo 3: Cirugía colorrectal

63.	Introducción	765
64.	Anatomía laparoscópica aplicada del colon, recto y canal anal	776
65.	Cirugía colorrectal laparoscópica: estudios diagnósticos preoperatorios y estadiaje	792
66.	Cirugía colorrectal laparoscópica: evidencias	804
67.	Apendicectomía laparoscópica	821
68.	Laparoscopia en la obstrucción del intestino delgado	852
69.	Intususcepción	870
70.	Resección laparoscópica del divertículo de Meckel	881
71.	Manejo laparoscópico de la malrotación del intestino medio	892
72.	Manejo laparoscópico de la enfermedad inflamatoria intestinal: de Crohn y colitis ulcerosa	904
73.	Manejo laparoscópico del prolapso rectal	912
74.	Manejo laparoscópico de la hernia paraestomal	931
75.	Hemicolectomía derecha laparoscópica: IRETA con abordaje del proceso uncinado	938
76.	Hemicolectomía izquierda laparoscópica	955
77.	Resección anterior y resección anterior ultrabaja por vía laparoscópica	967
78.	Resección interesfinteriana laparoscópica con anastomosis coloanal	990
79.	Resección abdominoperineal laparoscópica	1009
80.	Colectomía laparoscópica total y subtotal	1024
81.	Proctocolectomía total laparoscópica con anastomosis ileoanal (bolsa en J)	1040
82.	Creación laparoscópica de estomas	1062
83.	Manejo laparoscópico del vólvulo sigmoideo	1070
84.	Reversión laparoscópica del procedimiento de Hartmann	1081
85.	Manejo laparoscópico de la fístula colovesical	1091

86.	Manejo laparoscópico de la enfermedad diverticular	1102
87.	Manejo laparoscópico de la fístula rectovaginal	1118
88.	Incisión única multipuerto: cirugía colorrectal laparoscópica	1129
89.	Microcirugía endoscópica transanal/cirugía mínimamente invasiva transanal	1145
90.	Procedimiento laparoscópico-endoscópico combinado en la cirugía colorrectal	1156
91.	Complicaciones de la cirugía colorrectal laparoscópica	1164

Índice

III-1- III-10

## Tomo 4: Cirugía hepatopancreatobiliar

### SECCIÓN 4: BILIAR

92.	Anatomía del sistema biliar: manejo laparoscópico de lesiones de los conductos biliares	1187
93.	Colecistectomía laparoscópica: indicaciones y manejo	1195
94.	Manejo laparoscópico de la colecistitis aguda	1224
95.	Manejo laparoscópico de la colelitiasis difícil	1239
96.	Colecistectomía laparoscópica en los problemas y manejo del hígado cirrótico	1275
97.	Colecistectomía subtotal modificada laparoscópica: indicaciones y técnicas	1282
98.	Lesión laparoscópica de conductos biliares y manejo	1292
99.	Tratamiento laparoscópico de la litiasis coledociana	1304
100.	Resección laparoscópica del quiste coledociano	1333
101.	Manejo laparoscópico del carcinoma de vesícula biliar	1356

### SECCIÓN 5: HÍGADO

102.	Anatomía del hígado	1375
103.	Manejo laparoscópico de quistes hepáticos no parasitarios benignos	1392
104.	Manejo laparoscópico de la enfermedad hidatídica hepática	1399
105.	Manejo laparoscópico del absceso hepático	1430
106.	Transección parenquimatosa laparoscópica: técnicas e instrumentos	1432
107.	Hepatectomía menor laparoscópica	1438
108.	Resección hepática laparoscópica	1452
109.	Hepatectomía donante laparoscópica	1469
110.	Ablación por radiofrecuencia laparoscópica en cánceres hepáticos	1479

## SECCIÓN 6: BAZO

---

111. Esplenectomía laparoscópica	1491
112. Esplenopexia laparoscópica	1510

## SECCIÓN 7: PÁNCREAS

---

113. Anatomía del páncreas	1521
114. Papel de la laparoscopia en la pancreatitis aguda y sus complicaciones	1529
115. Manejo laparoscópico de la pancreatitis crónica	1546
116. Pancreatectomía distal radical laparoscópica	1561
117. Pancreatectomía distal laparoscópica preservadora del bazo	1570
118. Pancreatectomía mediana laparoscópica	1575
119. Resección laparoscópica del proceso uncinado	1586
120. Duodenectomía laparoscópica preservadora del páncreas	1592
121. Procedimiento de Whipple laparoscópico	1601
122. Manejo laparoscópico del páncreas anular	1633
123. Conferencia Internacional sobre Resección Pancreática Laparoscópica "Declaraciones de la Conferencia de Coimbatore"	1640

Índice

IV-1- IV-10

**AMOLCA**  
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA



# Cirugía laparoscópica reoperatoria

## INTRODUCCIÓN

Las cirugías laparoscópicas han revolucionado el tratamiento de varias afecciones quirúrgicas. Cuando se realizó la primera colecistectomía laparoscópica, la indicación principal era solo para los cálculos biliares no complicados. El antecedente de cirugías previas se consideraba una contraindicación para cualquier cirugía subsecuente con este enfoque, debido al temor de más complicaciones, como lesiones intestinales y vasculares. A medida que los cirujanos adquirieron más experiencia en la realización como rutina de estos procedimientos, se han realizado cirugías más complejas con este abordaje.<sup>1</sup> El uso de esta aproximación en pacientes que se han sometido a intervenciones abdominales previas (ya sea vía laparotomía o laparoscópica) es sin dudas más difícil, lo que no debería impedirles disfrutar de los beneficios de una cirugía mínimamente invasiva.

En la actualidad, las condiciones clínicas que antes se consideraban imposibles para la cirugía laparoscópica, se realizan a menudo mediante laparoscopia. La claridad, el aumento y la iluminación de los nuevos sistemas de imágenes han ayudado a los cirujanos a realizar estas cirugías difíciles. A continuación, intentaremos resumir nuestra experiencia con la cirugía laparoscópica reoperatoria.

En nuestros años de experiencia, hemos realizado estas cirugías en varias situaciones. En intervenciones por complicaciones derivadas de procedimientos laparoscópicos previos o por la aparición de una nueva enfermedad en un paciente que ya fue sometido a una laparotomía anterior por una indicación diferente (por ejemplo, una colecistectomía laparoscópica en un paciente que fue objeto de una cirugía por enfermedad ulcerosa en el pasado). También, hemos realizado este procedimiento totalmente extraperitoneal (TEP) bilateral (reparación herniaria extraperitoneal) en pacientes con cicatriz en la línea media inferior. Desde 1991, hemos encontrado numerosas situaciones como estas. En los siguientes párrafos analizamos el resultado de estas prácticas.

## ESÓFAGO

Hemos realizado varios tipos de cirugías laparoscópicas gastrointestinales superiores en la última década.

### Hernia paraesofágica (iatrogénica)

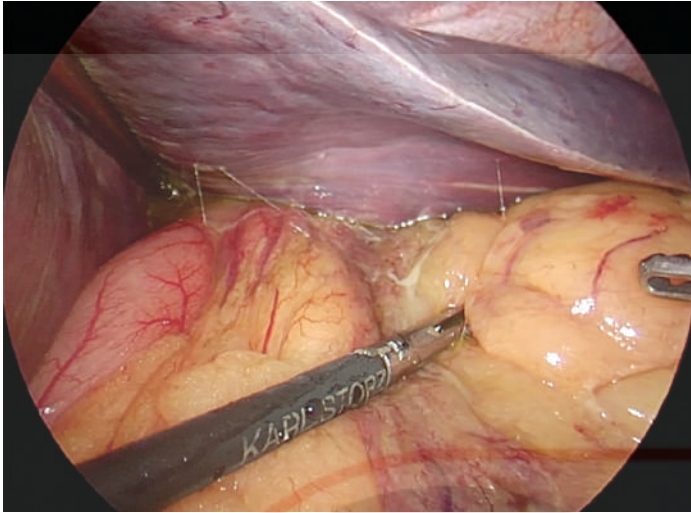
Uno de nuestros pacientes, que se había sometido a una cardiomiectomía laparoscópica por acalasia del cardias (1994), siguió presentando disfagia en el posoperatorio. Como las medidas conservadoras fracasaron y la ingestión de bario reveló una retención a nivel de la unión gastroesofágica (GE), tuvimos que explorar de nuevo al quinto día del posoperatorio y descubrimos que el estómago se había herniado a través del hiato. No se había aproximado el hiato ensanchado para la disección del mediastino inferior y esto resultó en una herniación paraesofágica del estómago.<sup>2</sup> Con la relaparoscopia, la hernia se redujo y el defecto en el hiato se cerró con suturas de polipropileno (Figs. 14.1A a F). El paciente se recuperó bien y continúa sin presentar síntomas.

### Refunduplicatura

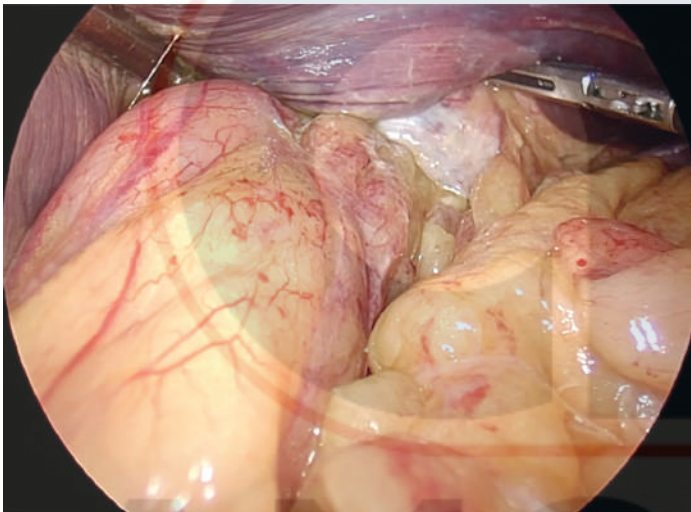
Operamos a un paciente por síntomas recurrentes después de una funduplicatura laparoscópica realizada en otro lugar. La endoscopia no mostró evidencia de que se hubiera realizado ese procedimiento. Había una plicatura parcial inadecuada alrededor del extremo inferior del esófago. Movilizamos este extremo y el fondo de este órgano después de liberar la plicatura. Con posterioridad, se creó una funduplicatura suelta 360 de Nissen y el paciente se alivió de sus síntomas después de la relaparoscopia y la funduplicatura.

### Drenaje toracoscópico y reconstrucción de estoma

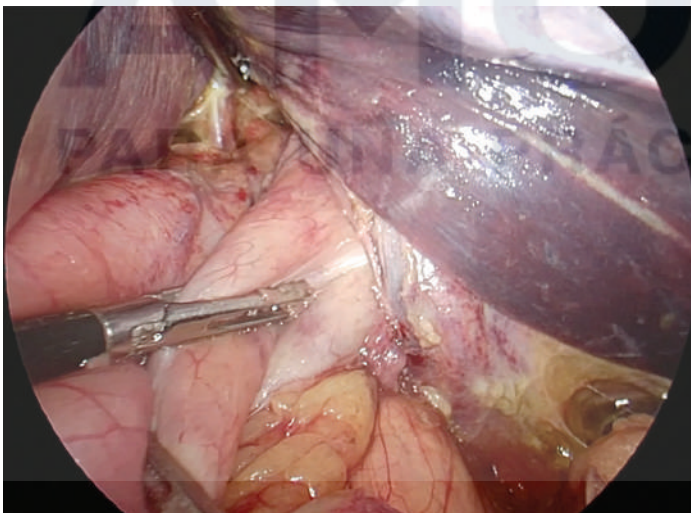
La retoroscopia es factible en el posoperatorio inmediato para tratar las fugas anastomóticas. Hemos intervenido de manera exitosa a algunos pacientes; que de



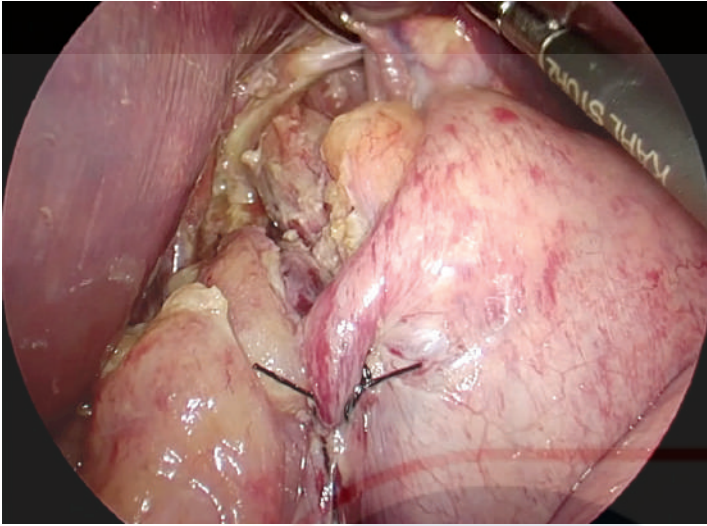
**Fig. 14.1A:** Transmigración de la plicatura hacia el mediastino.



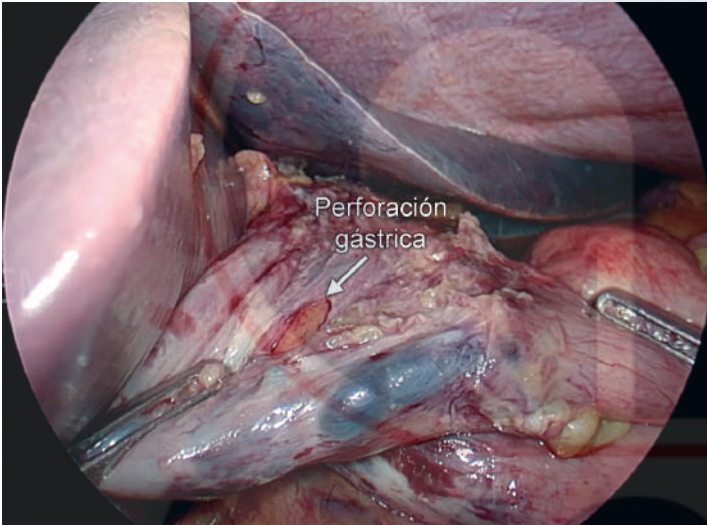
**Fig. 14.1B:** Se está reduciendo el contenido.



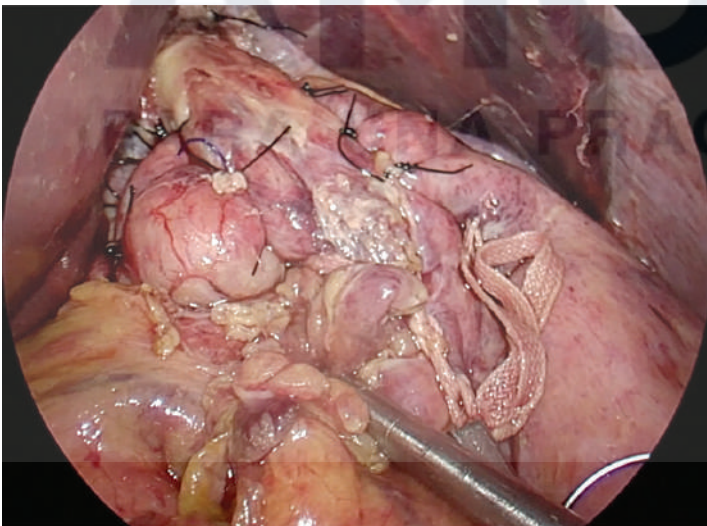
**Fig. 14.1C:** Se está reduciendo el estómago.



**Fig. 14.1D:** Funduplicatura introducida en la cavidad abdominal.



**Fig. 14.1E:** Perforación gástrica en el fondo del estómago (bordes recortados y suturados).



**Fig. 14.1F:** Reparación crural y funduplicatura posterior finalizadas.

lo contrario habrían sido tratados mediante cirugía abierta con una toracotomía.

### Sistema biliar

En el Cuadro 14.1, se presenta nuestra experiencia con la colecistectomía laparoscópica en situaciones especiales.

En 25 años de práctica con este abordaje, hemos manejado muchos casos de colecistitis aguda remitidos desde otros hospitales después de un drenaje de colecistostomía o colecistectomía abierta fallidos. Hemos tratado todos los casos por vía laparoscópica utilizando un clip hemo-o-lok para un conducto cístico ancho y, en algunos casos, suturándolos con PDS 2-0.

En 23 casos de colecistitis en el muñón después de una colecistectomía abierta o laparoscópica, descubiertos al investigar los síntomas recurrentes, se realizó una extirpación exitosa del mismo por vía laparoscópica.<sup>3</sup>

Los pacientes con una colección subdiafragmática, después de la colecistectomía (deslizamiento de cálculo), se han manejado de manera exitosa con el drenaje laparoscópico de esta.

cirugías de relaparoscopia para lesiones biliares después de estas intervenciones se discutieron en detalle en el capítulo sobre lesiones de las vías biliares.

### Quistes hepáticos

Nuestra experiencia con la cirugía laparoscópica reoperatoria del hígado se limita al tratamiento de quistes. Los nódulos simples se aspiraron por completo y se marsupializaron. También se realizó la omentoplastia. En unos pocos pacientes la segmentectomía lateral izquierda se realizó para los quistes hidatídicos recurrentes que ocupaban todo el lóbulo lateral izquierdo del hígado.<sup>4</sup>

### Apéndice

Las situaciones para la relaparoscopia después de una apendicectomía,<sup>5</sup> se listan en el Cuadro 14.2.

Es aconsejable que la longitud restante del muñón apendicular tenga menos de 0,5 cm.<sup>6</sup>

### Obstrucción del intestino delgado

Durante los últimos 25 años, en nuestro instituto se trataron con éxito muchos casos de obstrucción del intestino delgado a través de un abordaje laparoscópico. Muchos pacientes desarrollaron una obstrucción por adherencias después de la adherenciólisis laparoscópica. Pudimos realizar este procedimiento

## MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LESIONES BILIARES

Hemos tratado a muchos pacientes con lesiones biliares después de una colecistectomía laparoscópica. Las

#### Cuadro 14.1: Colecistectomía laparoscópica en situaciones especiales.

- Después de la colecistostomía
  - Colecistectomía abierta fallida (debido a la anatomía congelada del triángulo de Calot)
  - Muñón del conducto cístico: cálculo o colecistitis del muñón<sup>8</sup>
- A continuación del conducto ileal de Koch después de la colecistectomía
- Después de la coloplastia para el esófago de estenosis
- Después del drenaje de absceso pancreático
- Después de la cistogastrotomía pancreática
- Después de derivación ventriculoperitoneal
- Después de la gastrectomía
- Después de la hemicolectomía

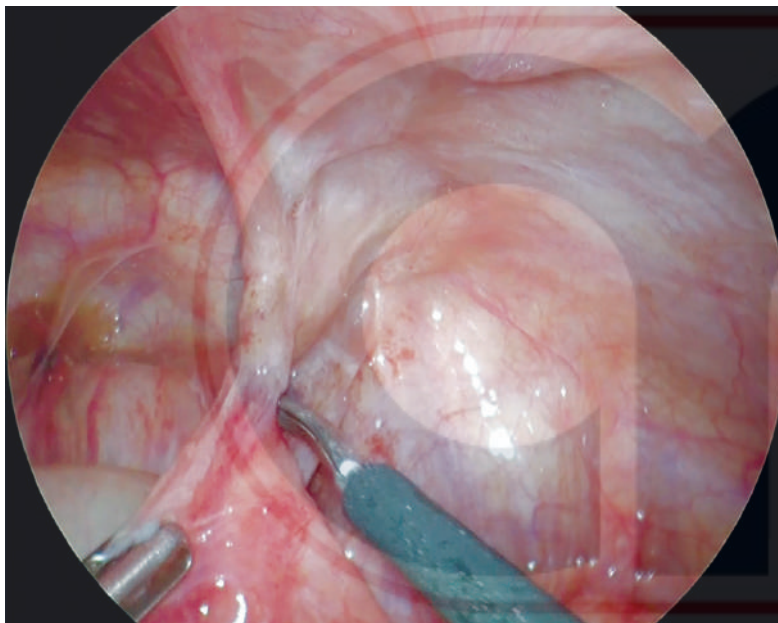
#### Cuadro 14.2: Situaciones para la relaparoscopia después de la apendicectomía.

- Necrosis de muñón y absceso
- Obstrucción intestinal subaguda
- Dolor abdominal crónico
- Deslizamiento del nudo previamente colocado
- Punta apendicular residual<sup>9</sup>
- Hematoma

en todos los pacientes, sin embargo en nueve de ellos hubo que pasar a una cirugía abierta (debido a la presencia de adherencias densas después de la reparación con malla intraperitoneal para la hernia ventral), lo que representa una tasa de conversión menor del 1 %.

En muchas ocasiones, nos sorprendió descubrir que una sola banda, ya sea en el sitio de la apendicectomía, o cirugías ovárica y pélvica previas, era la causa de la obstrucción. Los pacientes tuvieron una recupe-

ración completa después de dividir la banda.<sup>7</sup> La laparoscopia diagnóstica siempre debe realizarse en presencia de una obstrucción del intestino delgado, a menos que la anestesia general esté contraindicada o haya una distensión abdominal severa que impida crear el neumoperitoneo de manera segura. Uno de nuestros pacientes desarrolló una constricción a nivel del sitio de liberación de la banda previa y tuvimos que reseca el segmento estenosado (estenosis isquémica de Brodie) (Figs. 14.2A y B).



**Fig. 14.2A:** Banda y desde el ligamento umbilical medial hasta el intestino delgado.



**Fig. 14.2B:** Banda entre el asa intestinal y el mesenterio.

## Múltiples adherenciolisis laparoscópicas

Las cirugías a las que se sometió el paciente en el pasado incluyen la apendicectomía, la histerectomía, la reparación de eventración y la adherenciolisis convencional. Realizamos una adherenciolisis laparoscópica y se recuperó sin contratiempos.

Algunos pacientes tienden a desarrollar adherencias recurrentes debido a factores desconocidos que le son propios. En dos de ellos, realizamos este procedimiento cuatro veces en el mismo paciente durante un intervalo de 6 a 8 meses. Había bandas de adherencias epiploicas entre las asas intestinales que debieron liberarse, pero la extensión de las adherencias disminuyó de manera gradual en las siguientes cirugías, y en la última cirugía no vieron adherencias adicionales.

## Laparoscopia de segunda mirada

En pacientes con hernia estrangulada, primero se realiza una laparoscopia diagnóstica con reducción del contenido. Cuando la viabilidad del intestino es dudosa, incluso habiendo hecho una reevaluación intraoperatoria después de irrigar con solución salina tibia, solíamos hacer una resección abierta y una anastomosis, pero hoy en día después de 48 horas, planeamos una laparoscopia de revisión para reevaluar la viabilidad intestinal y planificar la reparación con malla si el intestino está saludable.

## CIRUGÍA PANCREÁTICA

### Seudoquistes recurrentes

De rutina, realizamos cirugías laparoscópicas como la cistogastrotomía, la pancreatoyeyunostomía y las re-

secciones pancreáticas distales. En muchos pacientes con pseudoquistes recurrentes después de una cistogastrotomía convencional, hemos realizado con éxito la cistogastrotomía laparoscópica, en algunos de ellos tuvimos que convertir a una cirugía abierta por la presencia de adherencias extensas.

### Ruptura de pseudoquiste

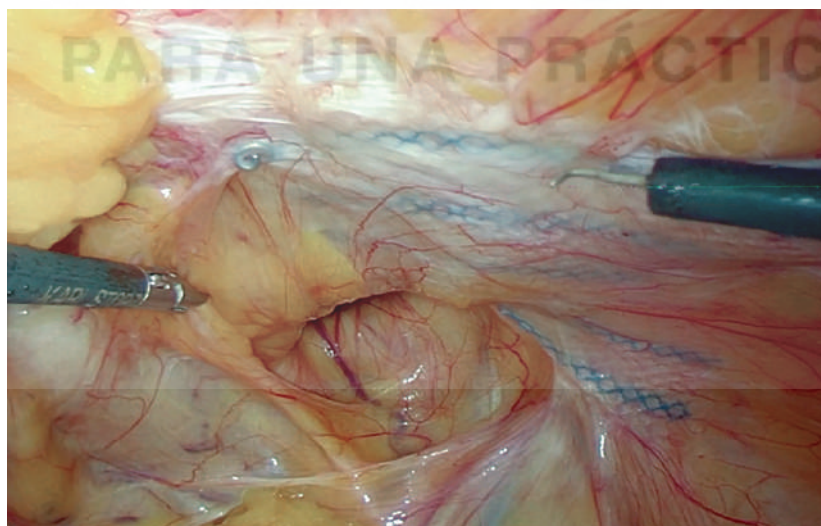
Un paciente se presentó con ruptura repentina de un gran pseudoquiste en el cuerpo del páncreas, justo un día antes de hacerle una cistogastrotomía laparoscópica programada. Hicimos un lavado peritoneal completo de la cavidad abdominal y colocamos múltiples tubos de drenaje dentro de la cavidad residual, que se obliteró por completo, sin recurrencia. Dos meses después, realizamos la colecistectomía laparoscópica.

### Hernia

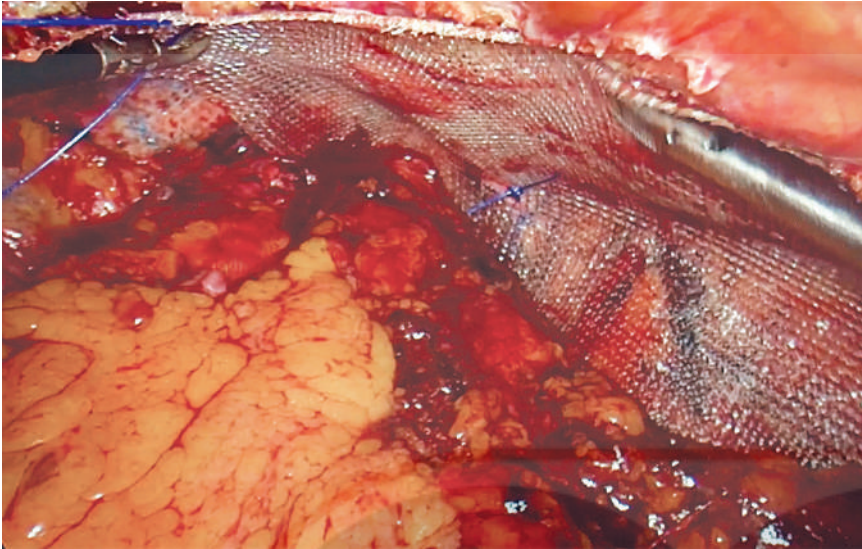
Hemos realizado la hernioplastia laparoscópica (preperitoneal transabdominal [TAPP, por sus siglas en inglés de *transabdominal preperitoneal approach*]) en muchos casos de hernia inguinal recurrente después de una reparación laparoscópica. Las principales razones de esta situación fueron el arrugado de la malla en la cara medial debido a una colocación o fijación inadecuadas, una disección lateral incompleta y el uso de una malla de tamaño menor. La disección en esta área fue muy difícil debido a la presencia de adherencias densas (Figs. 14.3A a D).

### Hematoma después de una hernioplastia totalmente extraperitoneal

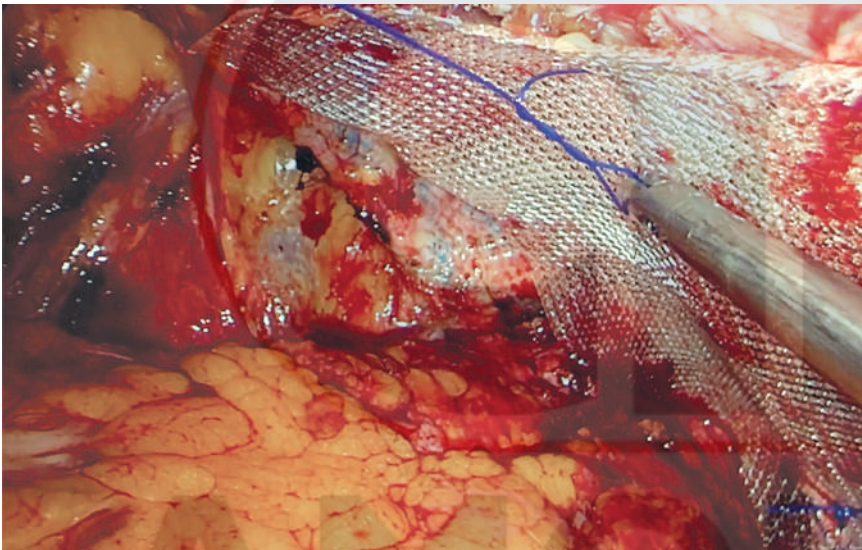
Tres de nuestros pacientes de hernioplastia con TEP continuaron drenando más de 250 ml de un fluido sanguinolento durante 5 días. Los estudios por imágenes



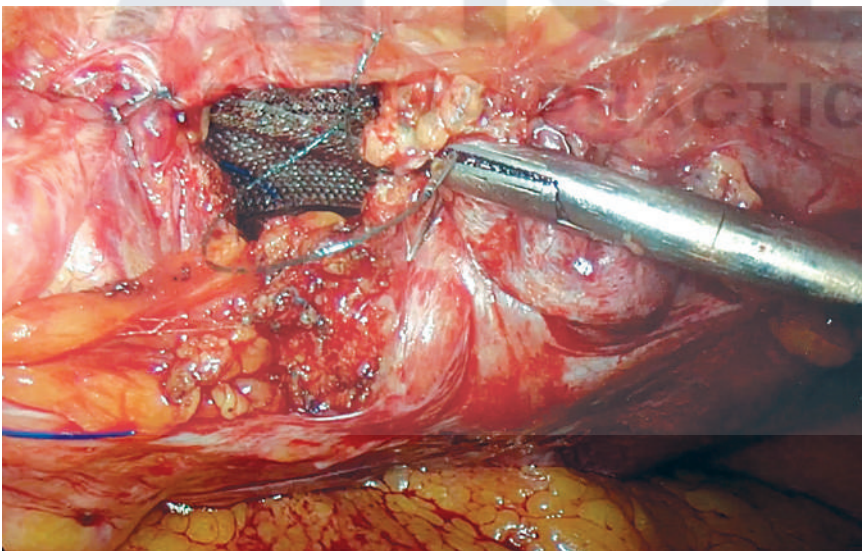
**Fig. 14.3A:** Hernia recurrente medial después de una hernioplastia totalmente extraperitoneal derecha.



**Fig. 14.3B:** Discección terminada; se dejó una malla de polipropileno 16 x 12.



**Fig. 14.3C:** Fijación de la malla con sutura.

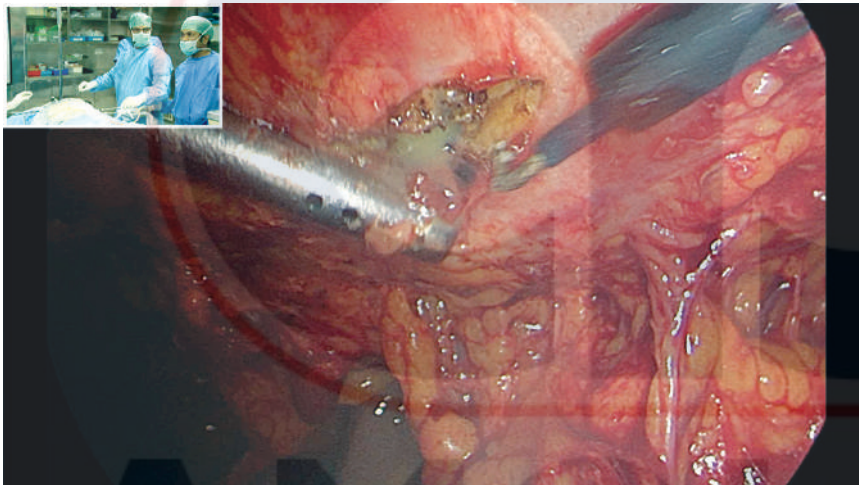


**Fig. 14.3D:** Cierre del peritoneo.

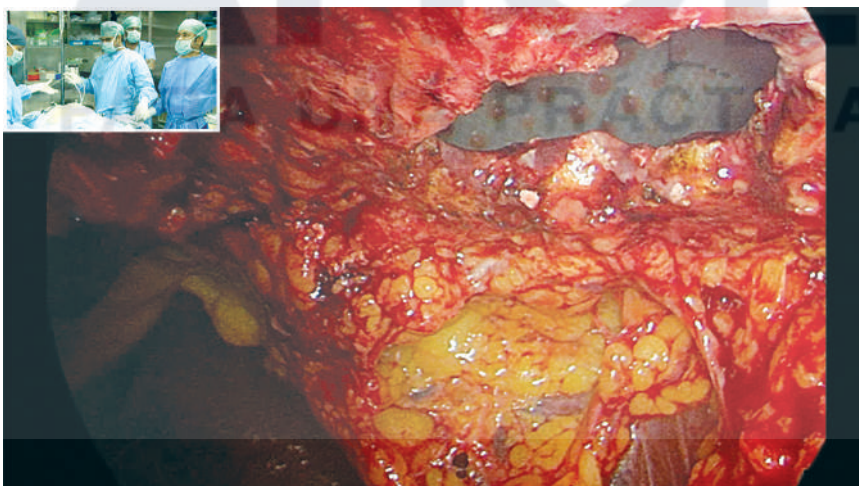
revelaron la presencia de un gran hematoma en el área operada. La relaparoscopia se realizó al sexto día a través de la misma incisión subumbilical y la equimosis se drenó por completo. No había una fuente de sangrado activo visible. Hubo una tendencia generalizada a la exudación alrededor del área operada. El paciente estaba tomando aspirina con regularidad para su afección cardíaca (se detuvo 5 días antes de la cirugía) y no parecía que fuera la causa del mayor sangrado. Después, cuando se conversó con él reveló que había presentado un sangrado prolongado posterior a una extracción dental 40 años antes. La evaluación hematológica no reveló ninguna etiología específica. Se administraron transfusiones de sangre fresca y el paciente se recuperó por completo.

### Infección de la malla

Muchos pacientes se presentaron con hematuria y disuria de corta duración. Se habían sometido a una hernioplastia laparoscópica 3 meses antes en otro lugar. El ultrasonido reveló que la malla en el área inguinal estaba arrugada con acumulación de líquido cerca de la pared vesical. La cistoscopia reveló una masa extraña que se proyectaba hacia la vejiga. La malla se extrajo vía laparoscópica mediante el abordaje TAPP. Después de aspirar el pus, la malla se separó con cuidado de la pared vesical mediante disección roma utilizando una cánula de succión. La malla era pequeña y no estaba fijada en ningún punto (Figs. 14.4A a D).

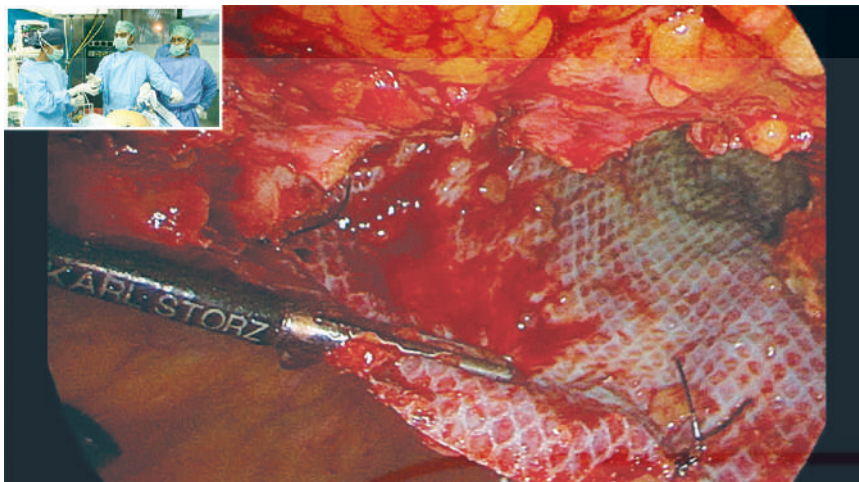


**Fig. 14.4A:** Malla onlay intraperitoneal (IPOM) después de la laparoscopia: infección de la malla.



**Fig. 14.4B:** Se está abriendo la cavidad del absceso.





**Fig. 14.4C:** La malla se está separando.



**Fig. 14.4D:** Se extrae la malla infectada en el endobag.

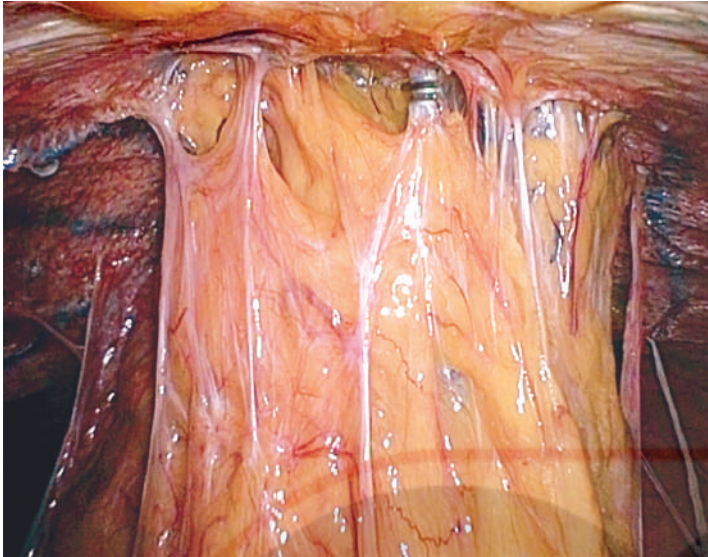
### Fuga quilosa después de la hernioplastia

Durante una consulta en el sexto día del posoperatorio de rutina, se detectó una hinchazón en el área de la hernioplastia, en dos de nuestros pacientes. El ultrasonido reveló la presencia de una gran colección de líquido en el área preperitoneal y se decidió drenarla. En la relaparoscopia se observó una mezcla lechosa de color blanco en la cavidad peritoneal, que se había filtrado desde el espacio extraperitoneal, a través de un orificio en el peritoneo. Después de un lavado peritoneal completo, se cerró el orificio peritoneal con endoloops. Al explorar el espacio extraperitoneal se encontró una fuga de quilo en la región medial a las venas ilíacas y por delante de la fosa obturadora. Se colocó un tubo de drenaje en el sitio y en el espacio peritoneal. El paciente siguió drenando más de 1000 ml por día. El análisis del líquido de drenaje reveló que era

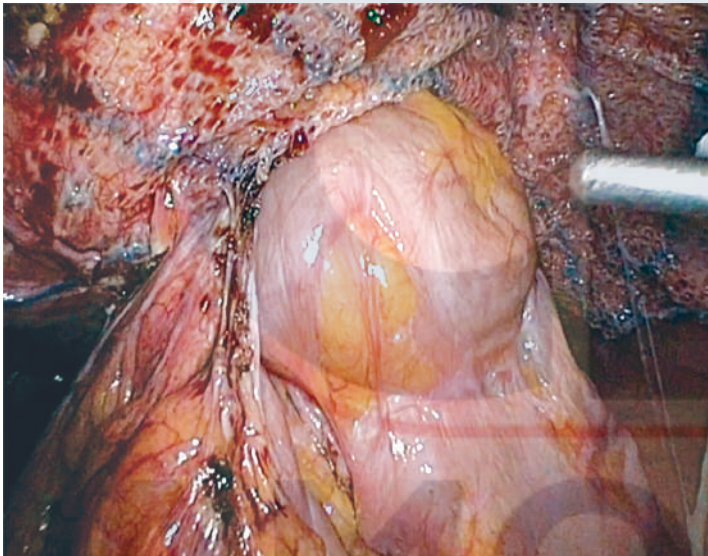
quilo. El tubo de drenaje permitió ver el fluido quiloso de inmediato después de ingerir leche y alimentos ricos en grasas. Al paciente se le indicó una dieta libre de grasa y poco a poco se redujo el gasto del drenaje, permitiendo extraerlo después de 15 días.

### Hernia ventral

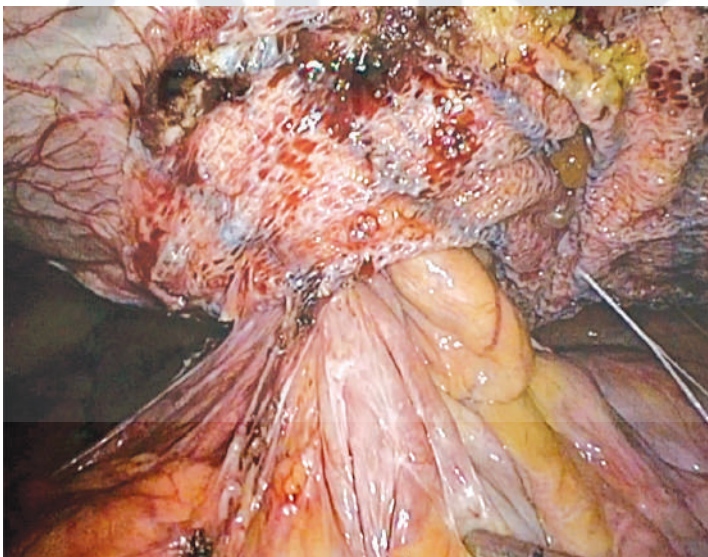
Muchos casos de hernia ventral recurrente (posterior a procedimiento abierto o laparoscopia) se han tratado de manera exitosa con malla onlay (recubrimiento) intraperitoneal laparoscópica (IPOM, por las siglas en inglés de *intraoperative onlay mesh*) (Figs. 14.5A a D). También hemos publicado nuestra experiencia en el manejo de hernias ventrales, tanto primarias como recurrentes (abierto o laparoscópico).



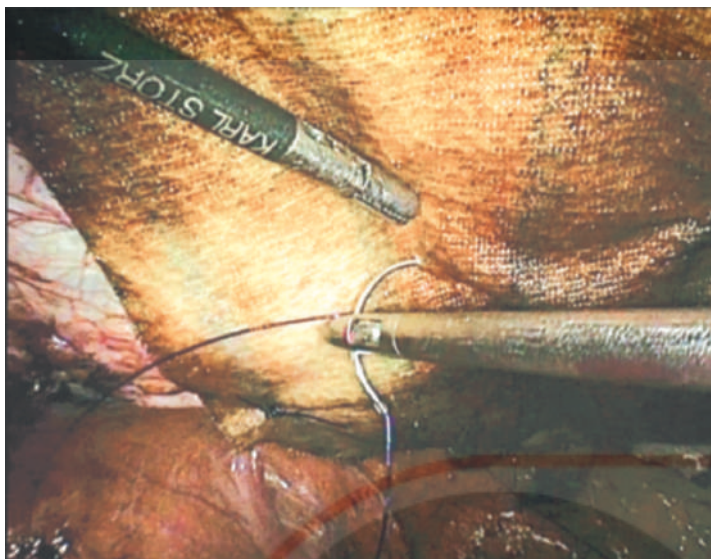
**Fig. 14.5A:** Malla onlay intraperitoneal (IPOM) después de la laparoscopia: adherencias intestinales fijadas a la malla.



**Fig. 14.5B:** Defecto en el borde inferior de la malla con el contenido intestinal.



**Fig. 14.5C:** Reducción del intestino.



**Fig. 14.5D:** Se está suturando una nueva malla.

## Colorrectal

Hemos intervenido a pacientes con neoplasias colorrectales por vía laparoscópica con antecedentes de cirugías previas que presentaban cicatrices inferiores en la línea media. También hemos realizado la reversión laparoscópica de la operación de Hartmann en pacientes operados por laparotomía con anterioridad.

## CONCLUSIONES

Las cirugías laparoscópicas reoperatorias se realizan más a menudo a medida que aumenta la experiencia de los cirujanos.<sup>8-10</sup> El antecedente de cirugías previas ya no se considera una contraindicación absoluta para la cirugía laparoscópica subsecuente. Estos procedimientos se pueden realizar de forma confiable siempre que se sigan los principios básicos de seguridad.

## REFERENCIAS

1. Eubanks S. Reoperative laparoscopic surgery. In: Soper NJ, Swanström LL, Eubanks WS (Eds). *Mastery of Endoscopic Surgery*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
2. Palanivelu C. Laparoscopic management of achalasia cardia. In: Palanivelu C (Ed). *Text Book of Surgical Laparoscopy*. Coimbatore: Gem Digestive Diseases Foundation; 2002. pp. 279-86.
3. Palanivelu C. Difficult cholecystectomy. In: Palanivelu C (Ed). *Text Book of Surgical Laparoscopy*. Coimbatore: Gem Digestive Diseases Foundation; 2002. pp. 151-67.
4. Palanivelu C. Laparoscopic management of hydatid cyst. In: Palanivelu C (Ed). *Text Book of Surgical Laparoscopy*. Coimbatore: Gem Digestive Diseases Foundation; 2002. pp. 399-408.
5. Palanivelu C. Laparoscopic appendicectomy. In: Palanivelu C (Ed). *Text Book of Surgical Laparoscopy*. Coimbatore: Gem Digestive Diseases Foundation; 2002. pp. 411-24.
6. Kanona H, Samaraee AA, Nice C, et al. Stump appendicitis: A review. *Int J Surg*. 2012;10(9):425-8.
7. Palanivelu C. Role of laparoscopy in acute small intestinal obstruction. In: Palanivelu C (Ed). *Text Book of Surgical Laparoscopy*. Coimbatore: Gem Digestive Diseases Foundation; 2002. pp. 425-30.
8. Lopez CB, Ruggiero R, Poves I. Laparoscopic procedures in patients who have previously undergone laparotomic operations. *Minerva Chir*. 2003;58(1):53-6.
9. Palanivelu C, Rangarajan M, Jategaonkar PA, et al. Laparoscopic management of remnant cystic duct calculi: a retrospective study. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91:25-9.
10. Parthasarathi R, Jankar SV, Chittawadgi B, et al. Laparoscopic management of symptomatic residual appendicular tip: A rare case report. *J Min Access Surg*. 2017; 13(2):154-6.



2<sup>a</sup>  
EDICIÓN

TOMO 1

C. PALANIVELU

## EL ARTE DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

TEXTO DIDÁCTICO Y ATLAS  
GENERALIDADES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

*El arte de la cirugía laparoscópica: texto didáctico y atlas*, por C. Palanivelu, es la segunda edición del libro en el que se discute la información más actualizada sobre varias cirugías de mínimo acceso. Esta edición se divide en cuatro volúmenes distintivos: **generalidades en cirugía laparoscópica**, **cirugía gastroesofágica**, **cirugía colorrectal** y **cirugía hepatopancreatobiliar**. Cada capítulo del libro incluye descripciones operatorias detalladas e imágenes en forma de atlas.

El libro ilustra las técnicas laparoscópicas avanzadas y presenta una información paso a paso de los procedimientos quirúrgicos. También sirve para sustentar la comprensión de los conceptos actuales de la cirugía laparoscópica y sus detalles técnicos.



### Biblioteca digital

Con la compra de este libro, usted tendrá acceso a contenidos complementarios en línea (e-Book) y podrá disponer de su propia biblioteca digital, usando el código de acceso que está en el interior.

ISBN: 978-958-53491-4-8



9 789585 349148

[www.amolca.com](http://www.amolca.com)