

# Restitución Laparoscópica de Procedimiento de Hartmann: Caso Clínico y Técnica Quirúrgica.

## *Laparoscopic Hartmann's Reversal: Clinical Case and Surgical Technique.*

Javier Chinelli<sup>1</sup>, Marcia Martínez<sup>1</sup>, Virginia Ramírez<sup>1</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>1</sup>.

### Resumen.

El procedimiento de Hartmann, originalmente descrito para el tratamiento de los tumores de recto, encuentra también otras aplicaciones en la actualidad, como la enfermedad diverticular complicada y los traumatismos colo-rectales. Sin embargo, aún es bajo el porcentaje de pacientes en los que finalmente se realiza la restitución del tránsito. A medida que el abordaje laparoscópico fue ganando lugar en la cirugía colo-rectal resectiva, comenzó a utilizarse también en el procedimiento de reconstrucción o restitución del Hartmann. Se presenta el caso clínico de un paciente de 59 años con traumatismo rectosigmoideo por empalamiento, al que se le realizó una sigmoidectomía sin anastomosis primaria (Hartmann) por vía abierta. En este caso se realizó la restitución por vía laparoscópica un año después, con buena evolución postoperatoria. La reconstrucción de Hartmann laparoscópica ofrece las ventajas del abordaje mini-invasivo, evitando la morbilidad de una nueva laparotomía. Se trata de un procedimiento técnicamente demandante en caso de existir un componente adherencial significativo, lo que puede condicionar la necesidad de conversión a cirugía abierta, e incluso la imposibilidad de efectuar la restitución del tránsito intestinal.

Palabras clave: Procedimiento de Hartmann, restitución, laparoscopia.

### Introducción.

El procedimiento de Hartmann, que consiste en la resección recto-sigmoidea sin anastomosis primaria, abandonando el cabo rectal cerrado en la pelvis y confeccionando una colostomía terminal, fue propuesto como alternativa a la amputación abdomino-perineal<sup>1</sup>. No obstante, en la actualidad constituye una opción terapéutica válida en otros escenarios clínicos, como la enfermedad diverticular complicada, la oclusión de colon izquierdo y los traumatismos colo-rectales<sup>2</sup>. A medida que el abordaje laparoscópico fue ganando aceptación para la cirugía resectiva de colon y recto, también comenzó a considerarse como vía de abordaje para efectuar la restitución o reconstrucción del Hartmann, cuya primera descripción data del año 1993<sup>3</sup>. En nuestro país, la serie más numerosa fue comunicada recientemente por Sciuto y cols<sup>4</sup>.

Se presenta un caso clínico en formato video, con especial hincapié en los aspectos técnicos del procedimiento de restitución laparoscópica.

### Video.

Caso clínico: sexo masculino, 59 años de edad. Hace 1 año presentó peritonitis fecaloidea a punto de partida de traumatismo del colon sigmoideo por empalamiento (introducción de cuerpo extraño vía rectal), realizándose procedimiento de Hartmann por vía abierta, sin descenso del ángulo izquierdo.

La re-evaluación en vistas a la reconstrucción del tránsito digestivo fue mediante endoscopia y radiología contrastada. La primera mostró un colon sin lesiones y un cabo rectal de unos 20 cm de longitud. En el colon por enema puede apreciarse un cabo rectal que se extiende hasta la altura del promontorio.

El paciente se coloca en posición de Lloyd-Davies, con sondaje vesical. El cirujano y primer ayudante se posicionan a la derecha, y un segundo ayudante a la izquierda o entre las piernas, con el monitor enfrentado al cirujano. Se comienza la liberación de la colostomía, colocando en este momento el yunque de la máquina

Fecha de envío:  
17 de julio de 2020.

Fecha de aceptación:  
19 de octubre de 2020.

Proceso:  
Revisión por pares.

Conflicto de intereses:  
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

<sup>1</sup> Clínica Quirúrgica 2. Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

**Correspondencia:**  
Dr. Javier Chinelli  
Mercedes 1472/402. Montevideo, Uruguay  
Mail: jchinelli01@gmail.com

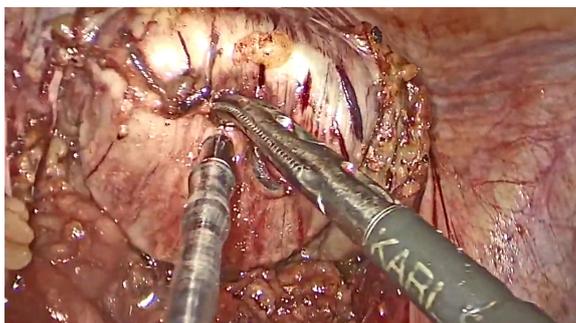
de sutura circular calibre 29 mm, que se fija con una jareta de polipropileno 2-0. Esta maniobra nos permite liberar adherencias en dirección a la línea media supraumbilical, donde colocaremos un primer trocar de 10 mm (para la óptica de 30°) previa introducción de la mano para proteger la entrada. Se cierra temporalmente el sitio de la ostomía para evitar la fuga de neumoperitoneo y se colocan dos trocates de 5 y 12 mm en flanco y fosa ilíaca derecha. Puede ser necesario un trocar adicional suprapúbico de 5-10 mm para retracción.

Se efectúa la adhesiolisis hasta identificar el muñón rectal. Para facilitar dicha maniobra puede ser útil colocar por vía rectal una gasa montada en una pinza o bien la máquina de sutura circular. Se procede a su liberación hasta que se logra exponer un sector del mismo adecuado para la anastomosis, que puede ser la línea de sutura mecánica previa, o bien las caras anterior o posterior. Es clave poder separar el recto lo suficiente de la vejiga y/o la vagina, para evitar su inclusión accidental con la consiguiente fístula anastomótica. En caso de un muñón rectosigmoideo largo que dificulte la progresión de la máquina de sutura, se efectúa la resección del excedente con una endograpadora lineal cortante.

Se realiza la anastomosis colo-rectal con técnica de doble stapler, con especial atención de que el colon quede correctamente presentado y posicionado a los efectos de evitar su torsión. La prueba hidroneumática de hermeticidad es opcional, ya que tiene una tasa de falsos negativos no despreciable. Dejamos un drenaje pelviano que se exterioriza a través de uno de los sitios de emplazamiento de los trocates.

Finalmente, previo al cierre del sitio de la ostomía, podemos comprobar que no hay lesiones de delgado, exteriorizándolo a través del mismo. El cierre es por planos, y la piel se deja entreabierto mediante una jareta intradérmica de sutura reabsorbible.

**Video 1.** Restitución Laparoscópica de Procedimiento de Hartmann. Disponible en: <https://youtu.be/wdLbJcrLE7g>



## Discusión.

De los pacientes sometidos a un procedimiento de Hartmann, sólo una minoría serán reconstruidos (5), debido a varias causas: mal terreno general, buena adaptación a la ostomía, mal pronóstico oncológico, etc. De ser posible, la restitución debe ofrecerse para evitar las consecuencias psicológicas de una ostomía, así como de sus eventuales complicaciones evolutivas. Es clave una adecuada evaluación endoscópica e imagenológica preoperatoria, a los efectos de poder planificar el procedimiento, identificando aquellas situaciones que potencialmente puedan plantear dificultades técnicas (cabo rectal excesivamente largo o muy corto).

El abordaje laparoscópico ofrece ventajas en cuanto a evitar una nueva laparotomía, reduciendo los tiempos de recuperación postoperatoria<sup>6,7</sup>. La conversión puede ser necesaria en caso de existir un componente adherencial importante que dificulte la identificación del recto o bien exponga a lesiones iatrogénicas del delgado o vejiga. Incluso en casos de dificultad extrema, puede ser imposible la reconstrucción, debiendo optar por volver a emplazar la colostomía.

## Referencias bibliográficas.

1. Hartmann H. Note sur un procede nouveau d'extirpation des cancers de la partie du colon. Bull Mem Soc Chir Paris. 1923;49:1474-7.
2. Desai DC, Brennan EJ Jr, Reilly JF, Smink RD Jr. The utility of the Hartmann procedure. Am J Surg. 1998;175:152-4.
3. Gorey TF, O'Connell PR, Waldron D, Cronin K, Kerin M, Fitzpatrick JM. Laparoscopically assisted reversal of Hartmann's procedure. Br J Surg. 1993;80:109.
4. Sciuto P, Rappa J, Meineri J, Ruso L, Rodríguez G. Restitución del procedimiento de Hartmann por vía laparoscópica. Análisis de nuestra experiencia en el Hospital Maciel de Montevideo, Uruguay, Clínicas Quirúrgicas 2 y 3 de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR). Rev Chil Cir. 2017;69(6):446-451.
5. Van de Wall BJ, Draaisma WA, Schouten ES, Broeders IA, Consten EC. Conventional and laparoscopic reversal of the Hartmann procedure: A review of literature. J Gastrointest Surg. 2010;14:743-52.
6. Barbarisi M, Sarra C, Pitaco J, Alfonso D, Gómez, Minetti A. La vía laparoscópica para la restitución del tránsito intestinal luego de la operación de Hartmann: consideraciones técnicas y resultados. Rev Argent Cir. 2012;102:28-36.
7. Toro A, Ardiri A, Mannino M, Politi A, di Stefano A, Aftab Z. Laparoscopic reversal of Hartmann's procedure: State of the Art 20 years after the first reported case. Gastroenterol Res Pract. 2014;2014:530140.