



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-122 - HEMICOLECTOMÍA DERECHA CON ESCISIÓN TOTAL DE MESOCOLON: STEP-BY-STEP

Besa Selva, Anaïs; Nogueira, Sara; de Lacy Oliver, Borja; Valverde Lahuerta, Silvia; Otero-Piñero, Ana; Bravo Infante, Raquel; Lacy Fortuny, Antonio María

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: La escisión completa del mesocolon (CME, Complete Mesocolon Escision) es una técnica que radica en el concepto anatómico de la distribución linfática y vascular. Consiste en la disección íntegra de la fascia visceral y movilización del colon junto con la ligadura de vasos cólicos en su origen, consiguiéndose la resección completa de la zona del colon neoplásica junto con la máxima cantidad de tejido linfovascular circundante en bloque. Existe marcada evidencia a favor de la CME como técnica quirúrgica, ya que permite la resección de una cantidad mayor de ganglios linfáticos peritumorales en comparación a la resección colorectal clásica, suponiendo un marcador importante de calidad intraquirúrgica y de resultados oncológicos. No obstante, existen estudios que sugieren la posibilidad de mayor morbilidad en pacientes sometidos a CME, sin cambios respecto a mortalidad quirúrgica.

Caso clínico: El vídeo presenta el caso de una paciente de 68 años diagnosticada de adenocarcinoma colónico infiltrante en ciego tras estudio por anemia. Presentaba una lesión ulcero-infiltrativa a nivel de ciego junto con adenopatías locoregionales. Se decidió ofrecer a la paciente una hemicolectomía derecha laparoscópica con CME. Se inició el tiempo quirúrgico con la colocación habitual de trócares para laparoscopia e inspección de la cavidad abdominal. Seguidamente se procedió a identificar la localización del tumor y a la exposición del mesocolon. Se inició la disección del mesocolon justo por encima de la vena mesentérica superior en dirección caudal. Se identificó secuencialmente el origen de los vasos ileocólicos, los vasos cólicos derechos y los vasos cólicos medios, los cuales se ligaron, junto con exposición del tronco de Henle. Una vez controlados los vasos de interés se continuó la disección entre el mesocolon y el retroperitoneo hasta la pared abdominal lateral, corroborando la posición del páncreas en plano posterior. Se accedió a nivel del ligamento gastro-cólico para poder descender la flexura hepática del colon. Se completó la disección restante del mesocolon transversal y se procedió a su sección con un dispositivo de sutura mecánica. Se continuó con la disección del mesenterio a 10 cm de la válvula ileocecal y se seccionó el íleon terminal nuevamente con un dispositivo de sutura mecánica. Se terminó la disección a través de la fascia de Told. Finalmente, se realizó una anastomosis ileocólica intracorpórea mecánica latero-lateral y una incisión de asistencia tipo Pfannestiel para extracción de pieza quirúrgica. El tiempo total de la intervención fue de 170 minutos. La paciente inició dieta oral 4h después de finalizar la intervención y fue dada de alta al segundo día post-operatorio. El análisis anatomopatológico determinó un adenocarcinoma de colon con márgenes libres de enfermedad (pT4N2b), incluyendo un total de 20 ganglios linfáticos.

Discusión: La técnica CME puede resultar más completa, pero tiene el beneficio de obtener un mayor volumen de material linfovascular. ¿Se requieren resultados de estudios aleatorizados para poder establecer

un perfil de caso claro que se beneficie de CME.