



V-129 - RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE COLON IZQUIERDO COMO ADAPTACIÓN A LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID19). DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Gómez Torres, Irene; Serra Aracil, Xavier; Mora López, Laura; Pallisera Lloveras, Anna; Serracant Barrera, Anna; Serra Pla, Sheila; García Nalda, Albert; Pino Pérez, Oriol

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción y objetivos: La técnica estándar de la cirugía de colon Izquierdo, sigma y recto alto implica la exteriorización de la pieza quirúrgica para su resección, manipulación y colocación del yunque para realización de la anastomosis. Hipótesis: la exteriorización del colon por una incisión accesoria aumenta el riesgo de tensión a nivel del mesocolon, aumentando el riesgo de déficit vascular, pudiendo aumentar la tasa de dehiscencias anastomóticas. En el caso de los pacientes obesos y mesocolon corto, la exteriorización del colon es difícil y traumática para el colon, beneficiándose de técnicas intracorpóreas. Pretendemos describir una técnica de anastomosis intracorpórea que sea factible y segura para el paciente y que pueda ser aplicada de forma universal. Nuestro objetivo es demostrar la reproducibilidad de la técnica de resección y anastomosis intracorpórea en la cirugía de colon izquierdo, y establecer sus posibles beneficios en términos de dehiscencia anastomótica, infección organocavitaria y otras complicaciones postoperatorias.

Métodos: Estudio descriptivo sobre la técnica quirúrgica de resección y anastomosis intracorpórea de colon izquierdo. Descripción: resección intracorpórea: la sección del mesocolon se realizará totalmente intracorpórea hasta su extremo proximal). Anastomosis Intracorpórea: la introducción del cabezal de la grapadora en el colon proximal se colocará de forma intracorpórea con realización de una incisión distal a la sección de grapas. Utilizaremos la pieza plástica removible como quía para la exteriorización del cabezal. Una vez exteriorizado, se realizará una sutura circular tipo bolsa de tabaco con prolene 2,0. Tras la anastomosis colorectal mecánica se realizarán 4-6 puntos de refuerzo anastomótico con seda 2,0. La extracción de la pieza se realizará con endobag por incisión accesoria (localización según el paciente).

Resultados: Se detalla paso a paso cada una de las etapas de la técnica. La técnica de resección y anastomosis intracorpórea en la cirugía de colon izquierdo, sigma y recto alto es factible y segura.

Conclusiones: Debido a la pandemia por COVID19 los cirujanos nos hemos visto obligados a adaptar nuestros procedimientos quirúrgicos para reducir al máximo la exposición al virus. Dadas las recomendaciones en pacientes con enfermedades víricas altamente transmisibles, una de las medidas propuestas es la realización de los procedimientos laparoscópicos con mínima evacuación de gas y exteriorización de material, con realización de anastomosis intestinales laparoscópicas. Por ello, hemos incorporado esta técnica en nuestra práctica habitual como cirugía estándar en todos los pacientes afectos de adenocarcinoma de colon izquierdo, sigma y recto alto. Una vez estandarizada, esta técnica puede beneficiar a nuestros pacientes en términos de dehiscencia anastomótica, infección órgano-cavaria y otras

complicaciones postoperatorias. Además, puede portar un beneficio añadido, como es la libertad para la elección de la incisión accesoria. En pacientes con obesidad mórbida con un gran panículo adiposo, permite evitar la incisión de Pfannestiel, realizando incisiones de menor tamaño y en otras localizaciones. Esta técnica puede conllevar a un menor dolor postoperatorio y menor infección de herida quirúrgica.