



V-107 - HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON EXÉRESIS COMPLETA DE MESOCOLON Y ABORDAJE CRANEAL EN TUMOR T4 INVADIENDO DUODENO E HÍGADO

Cañizares Jorva; Ignacio; Guarnieri; Elena; Scammon Durán; Andrea; Balla; Andrea; Valdés Hernández; Javier; Cintas Catena; Juan; Gómez Rosado; Juan Carlos; Morales-Conde; Salvador

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La escisión completa del mesocolon (CME) se está consolidando como una técnica quirúrgica avanzada para el cáncer de colon derecho, en comparación con la hemicolectomía derecha laparoscópica convencional, al ofrecer un mayor control oncológico gracias a una linfadenectomía más exhaustiva y la ligadura central de los vasos. En casos de tumores localmente avanzados, especialmente T4, se requiere un abordaje que facilite el control de estructuras adyacentes potencialmente invadidas. Este trabajo describe el caso de un paciente intervenido mediante hemicolectomía derecha laparoscópica con CME utilizando un abordaje craneal, que permite una identificación más sencilla del origen de los vasos centrales y el control de la invasión de estructuras vecinas en tumores localmente avanzados, demostrando la viabilidad de esta estrategia en contextos complejos.

Caso clínico: Varón de 59 años con síntomas constitucionales, dolor abdominal y una masa estenosante en el ángulo hepático del colon diagnosticada como adenocarcinoma invasivo. A la exploración física, el paciente presenta un IMC de 26 kg/m². Como antecedentes quirúrgicos relevantes, fue intervenido de hernioplastia inguinal bilateral mediante abordaje laparoscópico. Los estudios por imagen mostraron contacto tumoral con el hígado y el duodeno, sin evidencia de metástasis a distancia. Se planificó una resección en bloc utilizando un abordaje laparoscópico craneal para optimizar la visualización y control vascular. El procedimiento comenzó mediante un abordaje supramesocólico con apertura del ligamento gastrocólico, identificando invasión hepática (segmento VI) y sospecha de invasión duodenal. Mediante este abordaje, se localizaron el tronco gastrocólico de Henle (GTH), la arteria y vena cólica media, y se colocó una gasa como referencia anatómica. Posteriormente, mediante un segundo abordaje medial inframesocólico, se identificó la vena mesentérica superior (VMS) y se ligaron los vasos ileocecocólicos en su origen. A través del plano entre las fascias de Gerota y Toldt, se confirmó la invasión duodenal, realizándose una resección parcial de su pared anterior, sin comprometer la luz. Se completó la disección vascular con sección de la vena cólica superior derecha y ramas derechas de ACM y VCM. La intervención concluyó con la movilización lateral del colon, abriendo el canal parietocólico, resección hepática atípica en bloque con el tumor y anastomosis intracorpórea. La anatomía patológica revela un adenocarcinoma convencional, bien diferenciado con invasión de tejido adiposo pericolónico, peritoneo visceral y segmento hepático, sin alcanzar bordes quirúrgicos de resección, así como

depósitos tumorales en tejido adiposo pericolónico, estadificándose como pT4b, pN1c.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo del cáncer de colon localmente avanzado es una estrategia quirúrgica técnicamente demandante para obtener márgenes quirúrgicos libres de enfermedad. Este caso demuestra que la CME con abordaje craneal permite una disección precisa de las estructuras centrales y facilita la resección en bloc de órganos adyacentes invadidos, manteniendo el enfoque mínimamente invasivo. Aunque la cirugía laparoscópica para tumores localmente avanzados aún no es ampliamente aceptada, esta experiencia apoya su uso como una opción segura y eficaz en manos expertas y con una adecuada selección de pacientes.