



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-086 - COLECTOMÍA SUPERIOR IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y CÓMO RESOLVERLAS.

Merino García, María del Mar; García Pérez, Blanca; Gallango Silva, Irene; Labrador Alzás, Carolina; Gómez Martín, Antonio Enrique; Carmona Agúndez, María; Carretero Balsera, María Esther; Valle Rodas, María Elisa

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: La laparoscopia tiene grandes ventajas frente a la cirugía abierta, reduciendo el dolor posoperatorio, el tiempo de recuperación y las complicaciones. Sin embargo, su complejidad técnica requiere una adecuada formación quirúrgica y un manejo preciso de posibles complicaciones intraoperatorias para garantizar la seguridad del paciente y el éxito del procedimiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 68 años con antecedentes de cáncer de mama en remisión. Presenta una prueba de sangre oculta en heces positiva por lo que se realiza colonoscopia que diagnostica una neoformación estenosante en colon descendente proximal. En el TC de extensión y en colono-TC se descartan lesiones a distancia y tumoraciones sincrónicas. En el comité multidisciplinar de tumores se decide intervención quirúrgica: colectomía superior izquierda laparoscópica. Tras identificar el tumor en ángulo esplénico tatuado a nivel a distal, se localiza ángulo de Treitz, primer asa yeyunal y vena mesentérica inferior (VMI), realizamos un abordaje medial inframesocólico. Se realiza una disección en “tienda de campaña” por encima de la fascia de Toldt y de la fascia prerrenal que protege uréter y los vasos genitales hasta el surco parietocólico izquierdo y por encima del borde inferior del páncreas. Ligamos VMI con *hemoloks* a nivel del borde inferior del páncreas. Se accede a la raíz del mesocolon transversal y se procede a la apertura de la transcavidad de los epiplones por encima del páncreas. Se realiza un despegamiento centrífugo del ángulo esplénico. En este caso y debido a la localización del tumor es necesario ligar la rama izquierda de la arteria cólica media. Posteriormente, se liga la arteria cólica izquierda, respetando la arteria mesentérica inferior y el tronco de la arteria sigmoidea. Ligadura de la arcada vascular del ángulo esplénico. Posteriormente, transección del mesocolon y sección del colon a 5 cm del tumor con endograpadora de 60 mm de carga morada. Se repite el mismo proceso a nivel del colon transversal, proximal a los *hemoloks* de la rama izquierda de la arteria cólica media. Extracción de la pieza a través de incisión de Pfannenstiel. Ocurren complicaciones intraoperatorias que se resuelven precozmente. Posteriormente, se comprueba correcta vascularización de ambos cabos con verde indocianina previo a la anastomosis latero-lateral mecánica con endograpadora de 60 mm de carga morada. Cierre del ojal con sutura barbadita. La paciente presentó buena evolución posquirúrgica. En la anatomía patológica, se describe un adenocarcinoma pT3pN0pMx con invasión linfovascular. Recibió adyuvancia con capecitabina oral. A fecha de hoy, la paciente está libre de enfermedad.

Discusión: Durante la cirugía laparoscópica pueden surgir diversas complicaciones intraoperatorias

que requieren una detección precoz y un manejo adecuado para prevenir secuelas mayores. El uso de ICG permite evaluar la perfusión de los cabos antes de la anastomosis; si es insuficiente, debe ampliarse la resección. La movilización escasa del colon puede generar tensión y provocar perforaciones al usar la endograpadora, que deben corregirse con nueva resección. Además, al finalizar la cirugía, es esencial revisar la cavidad por posibles perforaciones inadvertidas, que deben cerrarse e invaginarse con sutura adecuada.