



VC-095 - MANEJO POR VÍA LAPAROSCÓPICO DEL CÁNCER DE COLON IZQUIERDO LOCALMENTE AVANZADO INFILTRANDO VEJIGA Y ASA INTESTINAL

Guarnieri, Elena; Balla, Andrea; Licardie Bolaños, Eugenio; Navarro Morales, Laura; Gómez Rosado, Juan Carlos; Valdes Hernández, Javier; Cintas Catena, Juan; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: En el momento del diagnóstico, el 10-20% de los cánceres de colon son localmente avanzados (T4), presentando infiltración de órganos adyacentes. El intestino delgado y la vejiga son, con un 29% y un 24% de los casos respectivamente, los órganos que con mayor frecuencia se ven afectados. En caso de infiltración de órganos adyacentes, la cirugía mínimamente invasiva de estos tumores no está totalmente aceptada en la actualidad, aunque existe cada vez más evidencia de su seguridad y eficacia. Presentamos un caso de cáncer de colon descendente que infiltra un asa de delgado y la cúpula vesical, realizándose hemicolectomía izquierda laparoscópica, junto con cistectomía parcial y resección de delgado.

Caso clínico: Varón de 49 años al que se realiza una colonoscopia tras presentar sangre en heces, detectándose la presencia de una neoplasia de colon izquierdo estenosante a 35 cm del MAE. El TC de abdomen informa de una lesión en sigma con adenopatías regionales invadiendo un asa de delgado (cT4N1M0). Ante estos hallazgos, se decide realizar una cirugía programada mediante abordaje laparoscópico, siendo el principal hallazgo intraoperatorio una lesión tumoral en sigma medio que engloba asa de yeyuno, pared anterior del abdomen y cúpula vesical. Se procede a la disección en bloque del tumor de la pared anterior y de la vejiga y posterior cierre de cúpula vesical con sutura barbada absorbible. Posteriormente se seccionan el asa de delgado adheridas al tumor, tanto la eferente como la aferente, para realizar una anastomosis latero-lateral intracorpórea. Se continua con los pasos convencionales de una hemicolectomía izquierda: disección medial del ángulo esplénico por debajo de vena mesentérica inferior y su ligadura, movilización completa del mismo y posterior exposición de raíz del mesosigma que se abre, identificando iliaca izquierda, uréter y vasos gonadales. Identificación y sección de arteria mesentérica inferior, objetivándose adenopatías en la base de la arteria y en localización paraórtica derecha, que se disecan y se envían para estudio anatomo-patológico. Tras la disección del parietocólico izquierdo se diseña el colon a nivel de la unión rectosigmoidea, donde se secciona. Se extrae el colon izquierdo por Pfannestiel y tras comprobar ambos extremos con ICG se procede a la confección de la anastomosis latero-terminal con EEA 31 transanal, comprobando la sutura con azul de metileno. El posoperatorio del paciente transcurre sin incidencias, siendo dado de alta al octavo día. El resultado del estudio anatomo-patológico es pT3N0.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo del cáncer de colon localmente avanzado es una estrategia quirúrgica técnicamente demandante para obtener márgenes quirúrgicos libres de enfermedad. En la literatura las tasas de resección R1 en tumores T4 son más altas que en cánceres menos avanzados. Por todo ello, la cirugía mínimamente invasiva para el cáncer de colon localmente avanzado todavía no está del todo aceptada

a día de hoy. El caso clínico presentado confirma que la resección laparoscópica en bloc del cáncer de colon y de los órganos afectados es una opción segura y factible en pacientes seleccionados y en manos de cirujanos expertos.