CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):1

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-037 - HEMICOLECTOMÍA DERECHA CON ABORDAJE LATERAL POR INCISIÓN ÚNICA SUPRAPÚBICA LAPAROSCÓPICA

Barzola Navarro, Ernesto[1]; Bobb, Kelly Ann[2]; Glagoleva, Anastasiia[1]; Caruso, Riccardo[1]; Dapri, Giovanni[2]

[1]Hospital de Madrid Norte-Sanchinarro, Madrid; [2]CHU Saint Pierre, Bruselas.

Resumen

Introducción: La cirugía laparoscópica por una única incisión se utilizó en un principio para procedimientos simples, hoy se aplica a intervenciones más complejas. Entre las ventajas destaca su buen resultado cosmético y menor dolor postoperatorio, así mismo en manos expertas puede cumplir con los principios de la cirugía oncológica. Dapri y cols. han publicado su experiencia inicial en una hemicolectomía derecha con incisión única suprapúbica (SSILRH) con anastomosis intracorpórea para neoplasias malignas del colon.

Caso clínico: Varón de 44 años valorado por dolor abdominal, anemia y pérdida de peso. Al examen físico: se detectó una masa dolorosa en cuadrante superior derecho. La colonoscopia reveló una lesión ulcerada en el ángulo hepático y la biopsia un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. En el TC abdominal se observó una masa de 3 × 4 cm (fig.). El paciente fue intervenido por técnica de SSILRH, cumpliendo todos los principios de resección oncológica según se muestra en el vídeo adjunto. Es dado de alta 5º día postoperatorio y no presentó complicaciones. El examen histológico confirmó un adenocarcinoma diferenciado grande de 8 × 7 × 6 cm. Los márgenes quirúrgicos libres, sin ganglios linfáticos infiltrados (0/26) con estadio pT3N0. El paciente fue colocado en posición supina y con las piernas separadas. El cirujano se coloca entre las piernas del paciente. Se realizó una incisión transversa de la piel en la línea media de 3,5 cm, 1 cm por encima de la sínfisis del pubis. La fascia subyacente se dividió de manera transversal, se expuso el músculo recto abdominal, se colocó una sutura en jareta en la fascia. Se insertó un trocar reutilizable de 11 mm para la cámara, a continuación se insertó un trocar flexible reutilizable de 6 mm en la posición de las 9h y otro trocar en la posición de las 3h. En Trendelenburg con inclinación hacia el lado izquierdo se liberó la válvula ileocecal de la lámina parietal peritoneal, así como el mesocolon derecho por un abordaje lateral a medial hasta la segunda porción del duodeno. Para la disección mesocólica, se colocó en antitrendelenburg, el cirujano pudo crear una triangulación óptima así los vasos ileocecales, cólicos derechos y la rama derecha de los vasos cólicos medios se expusieron en su raíz y se dividieron con hemolocks y tijera. El ángulo hepático se disecó usando un abordaje lateral a medial. Para la anastomosis el trocar de 11 mm se reemplazó con un trocar de 13 mm para colocar una grapadora. Se insertó una cámara de 5 mm de 30º por el trocar flexible de 6 mm. El intestino delgado se dividió con carga blanca y el colon transverso proximal con dorada. Se realizó una anastomosis ileocólica intracorpórea manual. Se insertó un anillo de plástico en la cavidad peritoneal y se extrajo la pieza por la incisión suprapúbica.

Discusión: La técnica de SSILRH puede mantener los principios oncológicos de resección de tumores voluminosos en manos expertas.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados