



www.elsevier.es/cirugia

V-178 - RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO LAPAROSCÓPICA EN 10 PASOS: TÉCNICA ESTANDARIZADA

Pérez-Alonso, Carla; Hurtado-Pardo, Luis; Menéndez-Jiménez de Zadava Lisson, Miriam; Flor- Lorente, Blas; Alós, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: La resección anterior de recto es una cirugía exigente, y la calidad de la misma tiene gran impacto en el pronóstico oncológico del paciente. El abordaje laparoscópico no debe alterar los principios oncológicos de la cirugía abierta. En este vídeo presentamos la técnica estandarizada en 10 pasos.

Caso clínico: Para ello presentamos el caso de un varón de 83 años sin antecedentes de interés que en la colonoscopia de estudio de rectorragia se observa una masa excrecente y ulcerada en cara anterior de recto medio. Se confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de recto T3cN1bMo con margen circunferencial negativo. La intervención comienza colocando al paciente en decúbito supino con perneras tipo Allen y se sujetan con un colchón de vacío que permite mantener al paciente en posición de Trendelenburg de 45 grados y decúbito lateral derecho. El primer paso a realizar es la disección medial del mesocolon. La fascia de Toldt se rechaza de forma roma hacia abajo hasta identificar el uréter izquierdo y los vasos gonadales que se preservan en todo momento. Se identifica la arteria mesentérica inferior, se diseña, se liga con clips hemostáticos y se secciona en su raíz de la aorta. La vena mesentérica inferior se diseña en el borde inferior del páncreas y se secciona a ese nivel. Se colocan gasas bajo el mesocolon para localizar el límite de disección posteriormente. Se continua con la disección mesocólica lateral dejando a nivel inferior la fascia de Toldt y la fascia renal de Gerota. Se prosigue con la liberación del ángulo esplénico mediante un abordaje medial abriendo la transcavidad de los epiplones hasta alcanzar el plano de disección lateral. La cirugía continua con la apertura de la reflexión peritoneal y la disección mesorrectal. En la disección mesorrectal se utiliza un separador de abanico para realizar contrarracción. En el plano anterior se progresó por el plano entre la fascia melas vesículas seminales anteriormente. La disección finaliza al llegar al suelo de los elevadores para obtener una escisión mesorrectal total. Se coloca una lazada que permite traccionar del recto para completar la disección y comprobar el margen distal. Se secciona el recto con una endograpadora lineal. Finalmente se confecciona la anastomosis colorrectal terminoterminal con una endograpadora circular y se comprueba la estanqueidad con un test de fugas.

Discusión: Esta cirugía nos ha permitido obtener los mismos resultados oncológicos que la cirugía abierta reduciendo notablemente el dolor posoperatorio, permitiendo una recuperación más temprana.