



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-022 - DESCENSO DEL ÁNGULO ESPLÉNICO DEL COLON: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL ABORDAJE ROBÓTICO VS. LAPAROSCÓPICO

Álvarez-Aguilera, Miriam; García Moriana, Antonio Jesús; Anguiano Díaz, Gregorio; Reyes Díaz, María Luisa; Ramallo Solís, Irene; de La Portilla de Juan, Fernando; Jiménez-Rodríguez, Rosa

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** El descenso del ángulo esplénico del colon constituye una parte crítica en la técnica quirúrgica de la resección oncológica. La técnica quirúrgica ha ido modificándose con el desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas. El objetivo de este vídeo es mostrar las ventajas y desventajas del abordaje robótico vs. laparoscópico, así como algunos detalles del procedimiento.

**Casos clínicos:** Se presentan dos casos de neoplasia de colon localizada en ángulo esplénico susceptible de resección oncológica por vía mínimamente invasiva. Se presenta un vídeo de comparación de la técnica de descenso de ángulo esplénico *step-by-step* entre el abordaje robótico y laparoscópico, incluyendo posición del paciente y de trócares, instrumental y pasos de disección y resección. Para el abordaje robótico, se coloca un trócar de 12 mm en FID para la óptica, y tres trócares de 8mm: en flancos derecho e izquierdo; además, se coloca un trócar laparoscópico de 11mm en FID para el ayudante. Para el abordaje laparoscópico, se colocan dos trócares de 12 mm a nivel periumbilical (óptico) y en FID y dos de 5 mm en hipocondrio derecho y flanco izquierdo. En ambos abordajes, se realiza una disección de medial a lateral del ángulo esplénico, comenzando con la apertura del mesocolon izquierdo y la disección del espacio retomesocólico y pararenal izquierdo. Se disecciona el borde inferior y la cara anterior del páncreas hacia la cola del mismo. Se muestra la diferencia de material empleado entre ambos abordajes para la disección y control de hemostasia. El siguiente paso es la ligadura de la VMI en su raíz a nivel del ángulo de Treitz. Posteriormente, se realiza la apertura de la transcavidad de los epiplones con la referencia del borde pancreático hasta liberar la parte proximal de los ligamentos esplenocólicos. Para finalizar, se lleva a cabo la liberación de la fascia de Toldt izquierda y las restantes adherencias coloesplénicas. La principal diferencia entre ambos abordajes es el instrumental empleado. En el abordaje robótico, para la disección de tejidos solemos emplear energía monopolar y para la ligadura de vasos el *vessel-sealer* con energía bipolar. En el abordaje laparoscópico empleamos el bisturí ultrasónico y diferentes instrumentos para la ligadura de vasos, como endograpadoras, hemoclips o Hem-o-locks.

**Discusión:** El descenso del ángulo esplénico del colon puede ser necesario para resecciones selectivas o para facilitar la movilización colónica en resecciones más distales. Es una técnica factible mediante cirugía laparoscópica y cirugía robótica, teniendo en cuenta las particularidades de cada abordaje.