



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-383 - HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON EXÉRESIS TOTAL DEL MESOCOLON (CME). CONSEJOS Y TRUCOS PARA UN PROCEDIMIENTO FÁCIL Y SEGURO

Pros Ribas, Imma; Martínez Álvarez, Wenceslao; Sugrañes Naval, Gemma; Marcilla Galera, Víctor; Sturlese Gaia, Anna; Socías Seco, María; Basterra, Alberto; Zubieta, Freddy Jonathann

Fundació Hospital Sant Joan de Déu, Martorell.

Resumen

La hemicolectomía derecha laparoscópica con CME es una técnica fundamental para lograr una cirugía oncológica adecuada y una mejor supervivencia en pacientes con cáncer de colon derecho. Sin embargo, es una técnica compleja que requiere un alto grado de habilidad y experiencia debido principalmente a la gran variabilidad anatómica en la vascularización del colon derecho (vena mesentérica superior (SMV), tronco gastrocólico de Henle (GPCT), vasos ileocólicos (ICV), ICA), arteria cólica derecha (RCA) (como se muestra en las imágenes), así como la dificultad de la anastomosis intracorpórea. Mostramos consejos y trucos para un procedimiento fácil y seguro. Consejo 1: identificación de la unión entre ICV y SMV. Truco 1: encontrar el arco: al exponer el mesocolon, los vasos ileocólicos forman un arco con los vasos mesentéricos superiores y cólicos medios, que continúa con el ligamento redondo del hígado. La sección del ligamento redondo puede ayudar a la exposición. Consejo 2: diseccionar el mesenterio bajo la ICV a 3 cm de la confluencia con la SMV. División de ICV e ICA. Seguir la disección cefálica a lo largo de la SMV hasta el nivel del GPCT. Truco 2: plano ileocólico: el abordaje subileal desde el mesoíleon distal, de medial a lateral, facilita la identificación del duodeno y el borde inferior del páncreas, y ayuda a preservar los vasos mesentéricos superiores. Consejo 3: diseccionar el ligamento gastrocólico hasta alcanzar el ángulo hepático mientras se separa el mesocolon transversal del mesogastrio dorsal. La disección posterior termina donde las venas cólicas (RCV, SRCV) se fusionan con el GPCT. Debemos visualizar la pared posterior del estómago y el cuerpo pancreático. Truco 3: colocar una gasa en el surco formado por el mesocolon transversal y el plano mesogástrico facilita la identificación de todas las estructuras. Consejo 4: identificación y división correcta de la arteria cólica media (MCA). Truco 4: encontrar la MCA estrictamente anterior a la SMV. Pasar un instrumento detrás de la rama derecha de la MCA cerca de su origen para demostrar el suministro arterial intacto al colon transversal izquierdo. Consejo 5: disección del GPCT. Seccionar todas las venas cólicas que ingresan anteriormente. Preservar GPCT y vena gastroepiploica derecha (RGOV). Completar la disección del mesocolon. Consejo 6: división de las inserciones laterales del colon ascendente y sección intestinal con EndoGIA. Truco 6: introducir la pieza en una bolsa colectora mientras se realiza la anastomosis. Consejo 7: anastomosis intracorpórea. Truco 7: introducir la mandíbula grande de la EndoGIA en el intestino delgado, cerrar el dispositivo, ir a buscar el colon transversal e introducir la mandíbula pequeña. Cerrar el defecto con sutura continua barbada. Extracción de la pieza mediante incisión de Pfannestiel.