RESUMENES DE COMUNICACIONES DE CIRUGIA GENERAL
VII Congreso Nacional de la SECLA

Mesa de Comunicaciones 17 abril 2008
15:30H Sala Alicante
Patología colorrectal

V53
Titulo: CANCER DE RECTO: RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA

Hospital: Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. Barcelona.

Especialidad: Cirugía General y Digestiva

Autores: Antonio Gil Goñi, Immaculada Prós Ribas, Ferran Novell Costa

Email: antonigil@gmail.com

Formato_presentacion: Video

Objetivo
El objetivo del vídeo es presentar la técnica quirúrgica estándar de nuestro Servicio en la resección abdomino-perineal de Recto (Op. de Miles), asistida por laparoscopia.
Caso Clínico
Se trata de una paciente de 50 años de edad, afecta de una neoplasia de tercio inferior de recto, diagnosticada tras consultar por rectorragias. Al tacto rectal se detectó una tumoración estenosante que afecta toda la circunferencia, a 2-3 cm del margen anal y no que se consigue superar. Las exploraciones complementarias realizadas fueron:
- Colonoscopia: Neoformación rectal que afecta todos los cuadrantes, pero que permite el paso del endoscopio, de 3 a 11 cm de margen anal. Resto hasta ciego normal.
- Anatomía Patológica: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante.
- Ecografía endorrectal: Exploración incompleta por estenosis. uT3 uNx
- TAC: Engrosamiento mural circunferencial a nivel rectal, con invasión de la grasa mesorrectal.
- Analítica normal. CEA: 3,6

Presentado el caso en el Comité de Tumores Digestivos, se consideró tributario de quimiorradioterapia neoadyuvante y cirugía posterior (resección abdomino-perineal de recto) tras nueva estadificación.
Estadificación: Tacto rectal: Disminución de la estenosis sin conseguir superar la lesión. Ecografía abdominal, CEA y Rx Tórax sin cambios.
Vídeo

El vídeo presenta la técnica quirúrgica estándar de la cirugía del recto por laparoscopia, con las particularidades propias de la amputación perineal. Hacemos especial énfasis en los siguientes puntos:

- Colocación de los trócares.
- Identificación y sección del pedículo vascular.
- Identificación del uréter izquierdo.
- Disección total del mesorrecto.
- Sección del mesosigma y del sigma (futuro estoma).
- Tiempo perineal clásico y extracción de la pieza.

Conclusión

La cirugía del recto asistida por laparoscopia, siendo más compleja y larga que la de colon, es factible y segura si se conoce la anatomía, se tiene sistematizada la técnica quirúrgica y se observan los principios básicos para evitar la diseminación de células malignas.

V63

Titulo: RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO EN LA ENDOMETRIOSIS SEVERA: VIA LAPAROSCÓPICA

Hospital: Centre Hospitalier de Luxembourg

Autores: D Parini, P Fabiano, S Brondello, V Lesevic, F De Bruyne, M Goergen, JS Azagra

Email: dario.parini@gmail.com

Formato_presentacion: Video

Texto_resumen: La endometriosis afecta de 5 a 10% de las mujeres. 6 a 30% de las mujeres afectadas tienen localizaciones colorrectales. Estas lesiones son invalidantes, simulan cancer y conducen a la infertilidad.

Una estrategia multidisciplinar exige un diagnóstico lesional exacto puesto que el tratamiento es quirúrgico y en el caso presente complejo y multiorgánico.

Los autores presentan un video de 15 minutos en el cual se muestra la técnica que asociará resección anterior de recto y resección de pared posterior de la vagína por vía laparoscópica para tratar de manera definitiva una afectación grande de la enfermedad endometriósica.

V66

Titulo: DIVERTICULITIS PERFORADA EN ANEJO IZQUIERDO: MANEJO LAPAROSCÓPICO

Hospital: Centre Hospitalier de Luxembourg

Autores: P Fabiano, V Lesevic, D Parini, S Brondello, Cl Zaghi, V Lens, M Goergen, JS Azagra

Email: paolofabiano@hotmail.com

Formato_presentacion: Video

Texto_resumen: Los autores presentan un video de 12 minutos que ilustra un ejemplo de diverticulitis perforada en el anexo izquierdo.
Se realiza una cirugía miniinvasiva resectiva del sigma y del anexo izquierdo con anastomosis colorectal.
Todos los aspectos técnicos del manejo de ésta enfermedad benigna pero complicada por vía laparoscópica se muestran enfatizando sobre todo como evitar las complicaciones.

V90

Titulo: ESTENOSIS DE COLON POR ENDOMETRIOSIS INTRAMURAL

Hospital: HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES

Autores: Martínez Pozuelo A; Novo Alonso C; Foruria Franco JM; Morales Artero S, De Andrés Asenjo B; Garcia Izquierdo F; Del Amo Olea E.

Email: almumartinez@yahoo.es

Formato_presentacion: Video

Introducción
La estenosis sigmoidea por endometriosis colónica intramural es un cuadro muy poco frecuente, suponiendo menos del 1% de las endometriosis extrapélvicas gastrointestinales.
Material y métodos
Presentamos el caso de una mujer de 25 años con historia de 2 años de evolución de dolor abdominal y anal, dispareunia, estreñimiento progresivo, heces con moco y tenesmo. La colonoscopia evidenció estenosis concéntrica submucosa con biopsias normales, mientras que la TAC mostró un d3fecto de repleción en colon sigmoide que provocaba una estenosis parcial de la luz intestinal. Se realizó laparoscopia diagnóstica, encontrando una lesión estenosante y umbilicada en sigma de aspecto benigno, sin otros hallazgos, por lo que se procedió en el mismo acto quirúrgico a realizar sigmoidectomía segmentaria laparoscópica no oncológica y anastomosis primaria.
Resultados
El postoperatorio cursó sin complicaciones y la paciente fue dada de alta al quinto día. El estudio anatomo-patológico de la pieza resecada confirmó la existencia de un engrosamiento concéntrico de la pared del colon de origen endometriósico. El seguimiento de la paciente durante 5 años no mostró recidivas.
Conclusiones
1) Aunque la frecuencia de presentación es baja, la estenosis obstructiva del colon por endometriosis debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de cuadros suboclusivos en mujeres jóvenes. 2) La laparoscopia diagnóstica y la resección segmentaria con anastomosis primaria mediante cirugía laparoscópica son las técnicas quirúrgicas de elección en estos casos.

V92

Titulo: SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER. ABORDAJE VASCULAR MEDIAL

Hospital: Hospital de Jerez (Cádiz)

Autores: Gutiérrez Cafranga E., Montes Posada E., Pérez Duran C., García Molina F.J., Franco Osorio J.D., González Ruiz M., Mateo Vallejo F.J.

Email: pgmolina59@telefonica.net

Formato_presentacion: Video

Objetivo

El abordaje laparoscópico del cáncer de colon es seguro y cumple criterios oncológicos de resección. Presentamos un vídeo que muestra los puntos de referencia anatómicos fundamentales para el desarrollo de una sigmoidectomía laparoscópica por cáncer a través de un abordaje vascular medial.

Caso clínico

Mujer de 69 años que consulta por episodios de rectorragias. El estudio diagnóstico muestra en la colonoscopia una neoplasia estenosante a 30 cm del margen anal.

Técnica quirúrgica

La paciente se coloca en posición de litotomía modificada con los brazos a lo largo del cuerpo e inclinación de Trendelemburg y lateral derecha. El cirujano trabaja a la derecha del paciente, el ayudante a la izquierda y el monitor se sitúa a los pies (eje hombro derecho-pie izquierdo de la paciente). Colocación de los trocares: 1º) supraumbilical de 10-12 mm para la óptica (0º); 2º) de 5 mm a la derecha del ombligo, línea medioclavicular; 3º) de 10-12 mm medial a la espina iliaca anterosuperior derecha y 4º) a la izquierda del ombligo. Una vez identificado el tumor y realizada una exploración general que incluye ecografía hepática, la disección se inicia desde dos trocares 2º y 3º, separando el ayudante desde el trocar 4º. Se utiliza tijera con electrocoagulación y LigaSure®. Se incide la hoja peritoneal sobre la aorta desde el promontorio hasta el ángulo de Treitz descubriendo la arteria y vena mesentéricas inferiores (AMI/VMI). La AMI se diseca, sella y secciona en su origen. Esto permite encontrar el plano correcto de disección sobre la fascia de Toldt que se muestra con claridad. La VMS se sella y secciona igualmente cerca del ángulo duodenoyeyunal. La disección progresa lateralmente en el plano de separación situado entre el mesosigma y la fascia de Toldt, dejando el plexo nervioso periaórtico, el uréter y los vasos gonadales cubiertos por ella. Caudalmente se llega hasta la unión rectosigmoidea. A continuación se incide la línea de Toldt y se completa la movilización lateral del sigma y colon izquierdo. Se secciona la unión rectosigmoidea y el mesosigma hasta el punto elegido de resección proximal. La pieza quirúrgica se exterioriza por una mini laparotomía oblicua izquierda, se completa su sección y se introduce el yunque de una grapadora circular. Tras rehacer el neumoperitoneo la intervención finaliza con una anastomosis transanal (doble grapado) y comprobación de su estanqueidad.

Comentarios

El abordaje vascular medial por cáncer de colon izquierdo permite acceder con relativa facilidad al plano idóneo de disección retroperitoneal que nos brinda la fascia de Toldt. Con ello se garantiza la integridad del plexo nervioso simpático, uréter, y vasos genitales y el seguimiento estricto de las normas oncológicas básicas (ligadura vascular y vaciamiento ganglionar).

V93

Titulo: COLECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER DE COLON DESCENDENTE. ABORDAJE VASCULAR SELECTIVO Y DESCENSO DEL ÁNGULO ESPLÉNICO

Hospital: Hospital de Jerez (Cádiz)

Autores: Gutiérrez Cafranga E., Franco Osorio J.D., García Molina F.J., Pérez Duran C., Montes Posada E., González Ruiz M., Mateo Vallejo F.J.

Email: pgmolina59@telefonica.net

Formato_presentacion: Video

Objetivos

Presentamos un vídeo que muestra la técnica quirúrgica empleada en una colectomía izquierda por cáncer a través de un abordaje vascular medial seccionando la arteria cólica izquierda.

Caso clínico

Mujer de 74 años que presenta cuadro clínico de rectorragias recurrentes. La colonoscopia diagnosticó una neoplasia de colon descendente (se marca con tinta china). En el estudio con TAC destaca sólo la presencia de un quiste renal izquierdo de 4 cm.

Técnica quirúrgica

La paciente se coloca en posición de litotomía modificada con los brazos a lo largo del cuerpo. El cirujano se ubica a la derecha, el ayudante a la izquierda y el instrumentista entre sus piernas. Se trabaja con dos pantallas a la izquierda de la paciente. Son necesarios 5 trócares: 1º) supraumbilical de 10-12 mm; 2º) lateral derecho a la altura del ombligo (5 mm); 3º) medial a la espina iliaca anterosuperior derecha (10-12 mm); 4º) subcostal derecho (10 mm) y 5º) lateral izquierdo a la altura del ombligo. El cirujano trabaja por los trocares 2º y 3º y el ayudante por el 1º (óptica de 0º) y 5º. Inicialmente la inclinación del paciente es de Trendelemburg y lateral derecho. Una vez visualizado el tumor se realiza una exploración de cavidad abdominal lo que incluye una ecografía hepática. Para la disección y control vascular se utiliza fundamentalmente el LigaSure®. Tras presentar el mesocolon izquierdo se comienza su sección en la hoja peritoneal sobre la aorta con el objetivo de esqueletizar la arteria y vena mesentéricas inferiores (AMI/VMI). La AMI es respetada, realizandose el sellado y sección de arteria cólica izquierda. La VMI se secciona primero cerca del ángulo de Treitz y después proximalmente. La disección retroperitoneal se sigue lateralmente de forma roma y cortante bajo la “tienda de campaña” que forma el mesosigma y, en la medida de lo posible, por encima de la fascia de Toldt. Destaca la presencia de un quiste renal izquierdo que protruye y, en cierto modo, dificulta la disección. A continuación se secciona el peritoneo parietal lateral (línea de Toldt) movilizando el colon izquierdo y sigma por completo. El siguiente paso es el descenso del ángulo esplénico para lo cual el ayudante se sitúa en el lado derecho del paciente, a la izquierda del cirujano, manejando la óptica por el trocar 4º. El cirujano trabaja por los trocares 1º y 2º. Comienza con la apertura del ligamento gastrocólico entrando en la transcavidad de los epiplones, y finaliza con la sección del ligamento espleno-cólico. El colon transverso distal, el izquierdo y el sigma se exteriorizan holgadamente a través de una mini laparotomía transversa izquierda de 5 cm sin ninguna sección previa de la pieza operatoria. Se eligen los puntos de resección proximal y distal y se realiza la

anastomosis (T-T funcional) y resección del colon en un solo tiempo con dos disparos de grapadora-cortadora lineal.
Comentarios
Al optarse por realizar una colectomía izquierda parcial con el límite de resección distal por encima del promontorio se decidió preservar la vascularización sigmoidea seccionándose únicamente la arteria cólica izquierda. El descenso del ángulo esplénico es imprescindible para exteriorizar el colon, conseguir un margen proximal de resección adecuado y realizar una anastomosis cómoda y sin tensión.

V94

Titulo: HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA. ABORDAJE VASCULAR MEDIAL

Hospital: Hospital de Jerez (Cádiz)

Autores: Gutiérrez Cafranga E., García Molina F.J., Díaz Otero M., Montes Posada E., Franco Osorio J.D., González Ruiz M., Mateo Vallejo F.J.

Email: pgmolina59@telefonica.net

Formato_presentacion: Video

Introducción
Presentamos un vídeo en el que se realiza una hemicolectomía derecha laparoscópica por cáncer con un abordaje inicial vascular.
Caso Clínico
Mujer de 64 años estudiada por anemia y diagnosticada de un adenocarcinoma de ciego-colon ascendente (T3, N0, M0).
Técnica Quirúrgica
La paciente está colocada en decúbito supino con las piernas separadas y ligeramente flexionadas. Se colocan cinco trocares: 1º) supraumbilical (10-12 mm); 2º) suprapúbico (10-12 mm); 3º) 2 cm medial a la espina iliaca anterosuperior derecha (5 mm); 4º) entre el ombligo y la espina iliaca anterosuperior izquierda (5 mm) y 5º) subcostal izquierdo (5mm). Posición de Trendelemburg inversa y lateral izquierdo. El cirujano trabaja entre las piernas del paciente por los trocares 3º y 4º y el ayudante se sitúa a la izquierda del paciente manejando la óptica (0º) por los trocares 1º y 2º y una pinza de agarre por el 5º. Tras realizar una exploración general y ecografía hepática el ayudante retrae cranealmente el colon transverso y el epiplon. Se incide el peritoneo sobre los vasos mesentéricos superiores hacia el colon transverso y se disecan los vasos ileocólicos que se sellan y seccionan con LigaSure®. Se entra en el espacio retroperitoenal visulalizándose el duodeno y se inicia la disección del colon derecho y su meso en dirección lateral separándolo del retroperitoneo. Posteriormente se disecan los vasos cólicos medios y se secciona su división derecha así como una vena derecha. Se continúa la liberación posterior y craneal del colon derecho y transverso hasta visualizar la región subhepática. El siguiente paso es la movilización lateral del ciego y colon ascendente seguido de la sección del ligamento gastrocólico desde el colon transverso medio hacia el ángulo hepático hasta consiguirse la movilización completa del colon derecho y colon transverso proximal. El asa que forma el ileon distal, el colon derecho y el transverso proximal y medio se exterioriza a través de una minilaparotomía media supraumbilical sin ningún tipo de sección intracorpórea. Se eligen los puntos de sección proximal y distal y se realiza una anastomosis término-terminal funcional con grapadora-cortadora lineal.

Comentarios
El abordaje medial es idóneo para garantizar un buen seguimiento de los principios oncológicos pues con el se abordan precozmente los pedículos vasculares, permite una entrada ideal en el plano retroperitoneal de disección, minimiza la manipulación del colon y facilita la realización de una buena linfadenectomía.

O97

Titulo: CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CANCER COLORRECTAL

Hospital: Hospital Universitario Doctor Peset

Autores: Patiño Bernal, B., Vázquez Tarragón, A., Martínez García, R., Peris Tomás, N., Durán Bermejo, M.I., Gomez Abril, S.A., Trullenque Juan, R., Martínez Abad, M. Delgado Gomis, F.

Email: bpbernal@comv.es

Formato_presentacion: Oral

Introducción y objetivos
La cirugía laparoscópica en el cáncer colorrectal ha sido ampliamente discutida principalmente por la duda del cumplimiento de los criterios oncológicos. En la actualidad y a pesar de la evidencia obtenida en estudios prospectivos y aleatorizados de que su realización es técnicamente posible, segura, oncológicamente correcta y que conlleva las ventajas del abordaje laparoscópico, sigue siendo motivo de controversia. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia de nuestro Servicio en la cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal y demostrar que cumple los estándares de calidad apropiados para la cirugía oncológica.
Material y método
Entre los años 1993-2007 se han intervenido mediante abordaje laparoscópico 184 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal (103 hombres y 81 mujeres), con una edad media de 67,8 años (31-87). El tumor estaba situado en Sigma en 88 casos (47,8%), en recto en 66 casos (35,8%), colon izquierdo en 9 casos (4,8%) y colon derecho en 21 casos (11,4%). Se realizaron 81 sigmoidectomías, 1 colectomía total y 6 resecciones anteriores de recto en los pacientes afectos de neoplasia de Sigma. En los pacientes con cáncer de recto se efectuaron 42 resecciones anteriores con anastomosis primaria, 3 resecciones anteriores con colostomía terminal, 16 amputaciones abdominoperineales y 5 colostomías de descarga. Se efectuaron 21 hemicolectomías derechas en los pacientes con cáncer de colon ascendente y 9 hemicolectomías izquierdas en los pacientes con neoplasia de colon descendente.
Resultados
Se convirtieron a cirugía abierta 29 casos (15,7%), la mayoría por dificultad en la disección. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron la infección de herida (5,4%), el absceso intra-abdominal (3,8%), la hemorragia (108%) y la dehiscencia (4,3%). Hubo un éxitus por isquemia del colon. Se reintervinieron 6 pacientes: 2 por dehiscencia, 1 por hemoperitoneo, 1 por dehiscencia y hemoperitoneo, 1 por isquemia de colon y 1 por absceso pélvico recidivante. La estancia media ha sido de 8 días (4-78). Las complicaciones tardías más frecuentes fueron la eventración (2,7%) y la estenosis de la anastomosis (3,7%). Todas las neoplasias eran adenocarcinomas excepto un leiomiosarcoma. Hubo predominio de neoplasias estadio III y II.

Han sido controlados un total de 158 pacientes de los que 33 han fallecido por neoplasia y 5 por otra causa), permaneciendo vivos 126 (76,8%). Ha habido recurrencia de la enfermedad en el 13,4% de los pacientes (6 con recidiva local, 10 con metástasis y 6 con ambas). El intervalo libre de enfermedad (n = 136) ha sido de 42,9 meses (1-141). La supervivencia global media a 5 años es del 75%.
Conclusión
En la actualidad, la CL en el CCR cumple los estándares de calidad que se exigen para el tratamiento de esta patología.

V124
Titulo: COLECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA POR COLITIS ULCEROSA

Hospital: HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA. PALMA DE MALLORCA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

Autores: Fernández Hurtado I, Gómez Ruiz M, De la Serna Esteban S, Ruiz Roselló J, Frau Tugores A, Gamundi Cuesta M, Soro Gosálvez JA

Email: IFHVALVERO@telefonica.net

Formato_presentacion: Video

Introducción
La colectomía total por laparoscopia representa una de las técnicas quirúrgicas más complejas dentro de una Unidad de Coloproctología ya que requiere la suma de todos los gestos quirúrgicos que realizamos habitualmente en las colectomías segmentarias (izquierda, derecha, resección anterior sigma...). Presentamos una colectomía total por abordaje laparoscópico de una paciente afecta de colitis ulcerosa refractaria a tratamiento médico.
Técnica quirúrgica
-6 puertos: Hasson umbilical, puerto 11 HI, puerto 11 FII, puerto 11 HD, puerto 11 FID (en el lugar marcado para la ileostomía), puerto 11 suprapúbico (en la posterior incisión de Pfannenstiel)
-Incisión de Pfannestiel para extracción de la pieza
-Resumen pasos quirúrgicos:
1.- Abordaje medial-lateral del colon izquierdo (puertos HD, FID, suprapúbico)
2.- Descenso del ángulo esplénico del colon (puertos HD, FID, suprapúbico)
3.- Liberación colon transverso desde línea media hasta ángulo esplénico (puertos HD, FID, suprapúbico)
3.- Disección sigma hasta la reflexión peritoneal (puertos HD, FID, suprapúbico)
4.- Abordaje medial-lateral del colon derecho (puertos HI, FII, suprapúbico)
5.- Liberación del colon transverso desde línea media hasta ángulo hepático (puertos HI, FII, suprapúbico)
6.- Descenso del ángulo hepático (puertos HI, FII, suprapúbico)
7.- Extracción de la pieza por Pfannenstiel y sección de la misma.
8.- Ileostomía terminal en FID

V125

Titulo: INICIO DEL ABORDAJE MEDIAL-LATERAL DEL COLON IZQUIERDO POR DEBAJO DE LA VENA MESENTÉRICA INFERIOR

Hospital: HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA

Autores: Fernández Hurtado I, Gómez Ruiz M, Memba R, De la Serna Esteban S, Frau Tugores A, Gamundi Cuesta M, Ruiz Roselló J, Soro Gosálvez JA

Email: IFHVALVERO@telefonica.net

Formato_presentacion: Video

Texto_resumen: El abordaje medial-lateral del colon se ha instaurado como la técnica de elección para las colectomias izquierdas. Para el buen desarrollo de esta técnica es fundamental encontrar inicialmente el plano avascular de la raiz del mesocolon.
Uno de los puntos de abordaje inicial propuestos es por debajo de la raíz de la vena mesentérica inferior. Presentamos un vídeo explicativo de este abordaje.

O137

Titulo: IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA CÓLICA LAPAROSCÓPICA. PRIMEROS RESULTADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Hospital: H.U Ramón y Cajal, Madrid

Autores: Jose Manuel Molina, Juan Diego Pina H, Pablo Priego, Carmen Ramiro, Eduardo Lobo, Alfonso Sanjuanbenito, Roberto Peromingo, Elena Mendía, Gloria Rodríguez Velasco, Virgilio Fresneda.

Email: Jmolinavillar@hotmail.com

Formato_presentacion: Oral

Introducción
La cirugía laparoscópica del colon, pese al gran avance de los últimos años no se ha implantado de forma unánime en todos los centros hospitalarios de nuestro entorno. Si bien en la patología benigna tiene una amplia aceptación, en las neoplasias cólicas sigue existiendo cierta controversia. Este debate y la escasa frecuencia de la patología benigna determinaron en nuestro centro la escasa experiencia en dicho abordaje. Las recientes publicaciones abundando en la similitud de resultados oncológicos determino el cambio de actitud de un grupo de cirujanos con amplia experiencia en cirugía laparoscópica. El objetivo de este estudio ha sido analizar los resultados obtenidos con el abordaje laparoscópico en nuestra serie en cuanto a la seguridad de la técnica.
Material y método
Estudio retrospectivo de todos los pacientes intervenidos por vía laparoscópica de forma programada de patología cólica (tanto benigna como neoplásica) desde enero de 2001 hasta diciembre de 2007. Se han intervenido 80 pacientes (edad media 61,02 años, 27-85 años), 42 mujeres y 38 varones, con patología benigna en 45 casos (diverticulosis, vólvulos o enfermedad inflamatoria) y 35 con enfermedad neoplásica. El número de cirujanos que han realizado dicha técnica ha sido de 10.

Resultados
Se han intervenido 65 pacientes de colon izquierdo, sigma y recto y 25 de colon derecho y transverso. La tasa de conversión a cirugía abierta ha sido pequeña (3,75%), en general debido a dificultades técnicas. La morbilidad total fue del 35%, lastrada por un elevado índice de infecciones de la herida y por una tasa de dehiscencia de la sutura cólica del 10%. Tanto el índice de conversión como la morbilidad fue mayor en el grupo de patología benigna, no así la mortalidad que fue del 2,5 % (2 casos) que se dio en la patología tumoral. La estancia media fue de 13 días (3-105) con una mediana de 10.
Conclusiones
Los resultados obtenidos en nuestra serie apoyan la seguridad de la laparoscopia como vía de abordaje de la patología cólica. La baja tasa de conversión se debe a la elevada experiencia en cirugía laparoscópica avanzada del grupo de cirujanos que ha participado en el estudio.

V150
Titulo: PATOLOGÍA BENIGNA DEL COLON IZQUIERDO: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.

Hospital: HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. TOLEDO.

Autores: Aranzana Gómez AF; Abad de Castro S; Fernández Morales E; Buitrago Sivianes S; López Pardo R; Mira Vázquez A; Cuevas Pino D; Ugena Sánchez C.

Email: afaranzana@hotmail.com

Formato_presentacion: Video

Introducción
En 1991 Jacobs publicó sus primeras experiencias laparoscópicas para la enfermedad colorrectal, desde entonces se han demostrado las numerosas ventajas y por otro lado inconvenientes que esta técnica supone. Al abordaje laparoscópico del colon izquierdo-transverso y sigmoide, éste último inflamatorio, además de las dificultades técnicas habituales (distintos cuadrantes en los que se trabaja, el gran tamaño de la pieza que se maneja y la actuación sobre un órgano móvil), hay que añadir los problemas que suponen la propia patología inflamatoria (fibrosis y dificultad en la disección) que suponen una mayor complejidad técnica que incluso la de la patología neoplásica; sin embargo su beneficio viene dado por la rápida recuperación del paciente, mejor grado de confort y la menor estancia hospitalaria, pudiendo hacer de ella la técnica de elección en pacientes seleccionados.
Material y métodos
Casos clínicos: Presentamos un video que recoge 3 casos de pacientes con patología benigna del colon a nivel transverso, izquierdo y sigmoideo. Caso 1: Paciente con estenosis doble de colon (transverso e izquierdo) por enfermedad de Crohn de larga evolución. Caso 2: Paciente con fístula colo-sigmoidovesical por enfermedad diverticular complicada. Caso 3: Paciente con tumoración neoplásica versus lipoma gigante de colon izquierdo próximo al ángulo esplénico. Se presenta iconografía y pruebas de los casos.
Resultados
Intervención: En todos los casos el abordaje y la resolución de los mismos fue completa por laparoscopia, se utilizaron 4 trócares y se dejo drenaje. Caso 1: Colectomía izda. y transversa, con anastomosis colocólica mecánica asistida tras

minilaparotomía en flanco izdo. Reneumoperitoneo y cierre de la brecha del mesocolon. Caso 2: Liberación completa del colon sigmoide con componente inflamatorio, identificación del uréter izdo. Sigmoidectomía, anastomosis colorrectal transanal mecánica, vesicorrafia del orificio fistuloso vesical. Caso 3: Hemicolectomía izda. radical con linfadenectomía precavoaórtica, al evidenciar adenopatías patológicas en dicho territorio. Buen curso postoperatorio en los tres pacientes. Se presentan los detalles técnicos de las intervenciones y resultado anatomopatológico definitivo. Asintomáticos con controles normales en el seguimiento (de uno a dos años).

Conclusiones

El abordaje laparoscópico es una alternativa válida y segura para los pacientes con patología benigna del colon izquierdo.