

# Resección segmentaria del ángulo esplénico por cáncer del colon



<https://www.youtube.com/watch?v=Q73EkAJkt1g&t=108s>

Marcelo Viola, Marcelo Laurini, Pablo Rodríguez, Nicolás Muniz, Noelia Brito, Fabiana Domínguez

Sección de Coloproctología, Departamento de Cirugía Médica Uruguaya, Corporación de Asistencia Médica (MUCAM). Montevideo, Uruguay.

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer del colon, cercano al ángulo esplénico, admite diferentes opciones tácticas para su resolución, desde procedimientos más conservadores como la resección del ángulo, hasta otros más radicales como la colectomía derecha extendida o la colectomía izquierda.

**Descripción:** Presentamos el caso clínico de una mujer de 58 años, con plaquetopenia crónica en tratamiento con corticoides y sangre oculta en materia fecal positiva. Se solicitó fibrocolonoscopia que evidenció en el ángulo izquierdo del colon una lesión polipoidea de 40-50 mm, con patrón IV-V de Kudo, con depresión central y que no elevó luego de la inyección submucosa. La anatomía patológica confirmó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se completó la estadificación con una tomografía computada del tórax, abdomen y pelvis que mostró un engrosamiento de 38 x 26 mm en la porción vertical del ángulo esplénico, sin adenopatías ni enfermedad a distancia. Se decidió tratamiento quirúrgico, mediante la resección del ángulo.

La paciente se colocó en Trendelenburg forzado, lateralizado a la derecha.

Se comenzó con la sección del ligamento falciforme que permitió la colocación del colon transverso y el epiplón a nivel interhepatofrénico, mejorando la exposición. La tracción del mesocolon transverso permitió identificar el ángulo duodeno-yeyunal y la vena mesentérica inferior (VMI) inmediatamente por debajo del borde inferior del páncreas. Abordaje medial de la fascia de Toldt izquierda mediante la sección por debajo de la VMI, avanzando hacia el sector lateral con maniobras romas, sin lesionar el retroperitoneo. Clipado y sección de la VMI y posterior, sección de la raíz del mesocolon transverso a lo largo de toda la cara anterior del cuerpo y cola de páncreas hasta la visualización del bazo. Identificación y sección de la arteria cólica izquierda superior en su origen. Sección secuencial de los ligamentos parietocólico y frenocólico izquierdos, el mesocolon transverso, el ligamento coloeplipoico y el mesocolon izquierdo. Sección proximal y distal del colon con máquina de sutura 60 mm. Confección de anastomosis mecánica con máquina 60 mm y cierre de la brecha anastomótica con sutura barbada 3-0 en 2 planos. La pieza se extrae por una laparotomía mediana infraumbilical.

**Conclusión:** La resección del ángulo izquierdo del colon es un procedimiento aceptado desde el punto de vista oncológico, más aún para lesiones tempranas y tiene un menor número de deposiciones diarias fundamentalmente nocturnas, comparado con los procedimientos clásicos para los tumores de esta topografía, lo que conlleva una mejora en la calidad de vida.

Compartimos un video de una colectomía segmentaria del ángulo esplénico donde describimos los aspectos técnicos que consideramos de importancia para la realización de una técnica adecuada.

**Palabras clave:** Colon; Laparoscopia; Ángulo izquierdo; Cáncer

## ABSTRACT

**Introduction:** Splenic flexure colon cancer allows for different surgical options, ranging from organ sparing techniques - such as splenic flexure resection - to more radical procedures as an extended right colectomy or a left colectomy.

**Description:** We present the clinical case of a 58-year-old woman, with a chronic platelet deficiency, and a positive fecal occult blood testing. She underwent a colonoscopy, revealing a 40-50 mm polyp located at the splenic flexure with a IV-V Kudo pattern, and a central depression, that did not elevate after submucosal injection.

Histopathology informed a moderately differentiated adenocarcinoma.

Staging was completed with a CT scan of the thorax, abdomen and pelvis, that showed a thickening of the colonic wall located at the vertical portion of the splenic flexure. There were no enlarged lymph nodes or distant metastases.

A splenic flexure resection was decided. The patient was set in a Trendelenburg position, and the operating table tilted to the right.

The procedure began with the section of the falciform ligament that allowed the placement of the transverse colon and the omentum over the liver, improving exposure. We apply traction to the transverse mesocolon, exposing the duodenojejunal angle and the inferior mesenteric vein (IMV) as it reaches the pancreas. Left Toldt's fascia was approached medially, starting just below the IMV, and its dissection continued laterally with blunt maneuvers and care not to injure the retroperitoneum.

The IMV was then clipped and divided. The transverse mesocolon was detached from the anterior aspect of the pancreas towards the splenic flexure. The left colic artery was identified and divided at its origin, the phrenocolic ligament was sectioned as well as the left colon lateral attachments. Transverse mesocolon and left mesocolon were sectioned. The transverse and the left colon were sectioned and the anastomosis performed with a 60 mm endo-stapler, and the colotomy was closed with a two-layers 3-0 barbed suture.

The specimen was extracted through an infraumbilical midline incision.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Nicolás Muniz | [nicomuniz@hotmail.com](mailto:nicomuniz@hotmail.com)**

Recibido: agosto de 2021. Aceptado: septiembre de 2021.

Marcelo Viola: <https://orcid.org/0000-0003-2733-5276>, Marcelo Laurini: <https://orcid.org/0000-0003-2494-1756>, Pablo Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0001-8039-5759>,

Nicolás Muniz: <https://orcid.org/0000-0002-6235-1303>, Noelia Brito: <https://orcid.org/0000-0002-1394-3994>, Fabiana Domínguez: <https://orcid.org/0000-0002-1746-7091>

**Conclusion:** Splenic flexure resection is an oncologically safe procedure, especially for early onset cancer, and has fewer daily and nocturnal bowel movements when compared to classic colectomies, thus improving patient's quality of life. We present a video of a splenic flexure segmental colectomy, describing the major technical steps in order to perform an adequate surgical technique.

**Keywords:** Colon; Laparoscopy; Splenic Flexure; Cancer

## REFERENCIAS

1. Milone M, Manigrasso M, Elmore U, Maione F, Gennarelli N, Rondelli F, et al. Short- and long-term outcomes after transverse versus extended colectomy for transverse colon cancer. A systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 2019; 34:201-07.
2. Diacunu C, Ghenghe D, Dragomir C. The segmentary colectomy or the left hemicolectomy for sigmoid cancer. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 2002; 106:132-36.
3. Rouffet F, Fontaine M, Zerbib JJ, Mathon C. Surgical treatment of cancer of the left colon. True left hemicolectomy or segmental colectomy? *J Chir* 1988;125:712-16.
4. Rouffet F, Hay JM, Vacher B, Fingerhut A, Elhadad A, Flamant Y, et al. Curative resection for left colonic carcinoma: hemicolectomy vs. segmental colectomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:651-59.

## COMENTARIO

Los tumores colónicos del ángulo esplénico representan menos del 10% de los tumores colorrectales y se asocian a un peor pronóstico oncológico debido a su frecuente presentación como urgencia o estadio avanzado. Las tres alternativas terapéuticas más aceptadas para el tratamiento de estos tumores son: colectomía derecha ampliada, hemicolectomía izquierda o colectomía segmentaria izquierda alta.

El SFC (splenic flexure carcinoma) Study Group<sup>1</sup> llevó a cabo un estudio retrospectivo comparando las tres técnicas en el que no se observaron diferencias en la supervivencia global ni en la supervivencia libre de enfermedad. Sobre la base de mejores resultados funcionales, la colectomía segmentaria izquierda alta laparoscópica ha sido adoptada por muchos grupos como el tratamiento de elección de estas lesiones.<sup>2</sup>

En el presente video se lleva a cabo la descripción técnica de la colectomía segmentaria izquierda alta por tumor del ángulo esplénico mediante un caso clínico. El mismo presenta un adecuado enfoque pedagógico apoyado en una imagen de alta calidad y una técnica quirúrgica prolija y meticulosa. El procedimiento concluye con la anastomosis intracorpórea, que aporta el beneficio de no traccionar los mesos durante la extracción de la pieza y permite elegir un sitio de extracción menos eventrógeno que la incisión subcostal izquierda.

En mi opinión, recomiendo utilizar la incisión de Pfannestiel en lugar de la incisión mediana infraumbilical, porque ofrece menor riesgo de eventración y mejor resultado estético.

**Alejandro Canelas**

Hospital Alemán. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

## REFERENCIAS COMENTARIO

1. De'Angelis N, Martínez-Pérez A, Winter DC, Landi F, Vitali GC, Le Roy B, et al. Extended right colectomy, left colectomy, or segmental left colectomy for splenic flexure carcinomas: a European multicenter propensity score matching analysis. *Surg Endosc* 2021; 35:661-72.
2. Manceau G, Benoist S, Panis Y, Rault A, Mathonnet M, Goere D, et al. Elective surgery for tumors of the splenic flexure: a French inter-group (AFC, SFCD, French, Greccar) survey. *Tech Coloproctol* 2020; 24:191-98.