

# Abordaje laparoscópico de tumor oclusivo del ángulo esplénico: estrategias quirúrgicas



<https://youtu.be/tElkvih04II>

Francisco Rodríguez Estévez<sup>1</sup>, Lucas J. Caram<sup>2</sup>, Esteban González Salazar<sup>2</sup>

Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

<sup>1</sup>Department of General Surgery

<sup>2</sup>Section of Colon and Rectal Surgery

## Para citar:

Rodríguez Estévez F, Caram LJ, González Salazar E. Abordaje laparoscópico de tumor oclusivo del ángulo esplénico: estrategias quirúrgicas. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):29-30. doi:10.46768/vr0c3215

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista. <https://doi.org/10.46768/vr0c3215>

Recibido: 26-12-2025

Aceptado: 21-01-2026

**Palabras clave:** ángulo esplénico, cáncer de colon, obstrucción del colon, laparoscopia, colectomía subtotal, tensión anastomótica

**Keywords:** splenic flexure; colon cancer; colonic obstruction; laparoscopy; subtotal colectomy; anastomotic tension

## INTRODUCCIÓN

Los tumores del ángulo esplénico son relativamente poco frecuentes, representando menos del 5% de todos los cánceres colorectales. Su tratamiento quirúrgico representa un desafío debido a su localización anatómica, su irrigación y su drenaje linfático.<sup>1,2</sup> Estas características explican, en parte, la ausencia de consenso respecto a la extensión óptima de la resección. Coexisten distintas opciones que incluyen la colectomía segmentaria del ángulo esplénico, la colectomía izquierda ampliada y, en casos seleccionados, la colectomía subtotal.<sup>3,4</sup>

En el contexto de un cuadro obstructivo, estas dificultades se acentúan debido a la dilatación colónica proximal, el edema mesocolico y la fragilidad tisular, factores que incrementan el riesgo de complicaciones anastomóticas. En este escenario, la evaluación intraoperatoria de la tensión anastomótica es un aspecto crítico, y la capacidad del cirujano para adaptar oportunamente la extensión de la resección o la técnica reconstructiva resulta fundamental para garantizar la seguridad del procedimiento y minimizar la morbilidad.

El presente video muestra la resolución laparoscópica de un tumor oclusivo del

ángulo esplénico, destacando no solo los aspectos técnicos del procedimiento, sino principalmente el proceso de toma de decisiones intraoperatorias y la adaptación de la estrategia quirúrgica frente a hallazgos que comprometían la seguridad de la anastomosis.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 68 años, sin antecedentes personales de relevancia ni estudios endoscópicos previos, que concurrió a la guardia por dolor y distensión abdominal. En el examen de laboratorio presentaba leucocitosis (15.000/mm<sup>3</sup>), sin otras alteraciones. Ante la sospecha de un abdomen agudo oclusivo, se realizó tomografía abdominopélvica que evidenció un engrosamiento segmentario a nivel del ángulo esplénico, asociado a dilatación intestinal proximal y de la cámara gástrica. Se decidió tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica. Tras la exploración inicial, se realizó la movilización del colon izquierdo, colon transverso distal y descenso del ángulo esplénico. La disección incluyó la omentectomía parcial en bloque, debido



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## Correspondencia

Francisco Rodríguez Estévez:  
[francisco.rodrigueze@hospitalitaliano.org.ar](mailto:francisco.rodrigueze@hospitalitaliano.org.ar)

a la extensión tumoral. Inicialmente se planificó una resección segmentaria del ángulo esplénico con control vascular de la arteria cólica izquierda, la vena mesentérica inferior y la rama izquierda de la arteria cólica media. Luego de la resección, se evaluó la factibilidad de realizar una anastomosis transverso-descendente laterolateral isoperistáltica. Sin embargo, el colon proximal se encontraba marcadamente dilatado, acortado y con meso engrosado, condicionando una anastomosis potencialmente bajo tensión, a pesar de la adecuada movilización colónica realizada. Ante estos hallazgos, se decidió modificar la estrategia quirúrgica para facilitar la etapa reconstructiva. Se realizó una colectomía subtotal laparoscópica, completando la colectomía derecha y la resección de transverso remanente. Se confeccionó una ileo-descenso anastomosis isoperistáltica, libre de tensión. La orientación fue antihoraria, dado que las características del mesenterio del ileon terminal impedían una adecuada ascensión para una configuración horaria. La pieza quirúrgica fue extraída a través de una incisión tipo Pfannenstiel. El paciente evolucionó favorablemente, con alta hospitalaria al quinto día postoperatorio.

## CONCLUSIONES

En el tratamiento de tumores oclusivos del ángulo esplénico, el abordaje laparoscópico es factible y seguro en centros con experiencia.

La evaluación intraoperatoria de la tensión anastomótica constituye un elemento clave en la toma de decisiones. La capacidad de modificar la estrategia quirúrgica en función de los hallazgos intraoperatorios resulta fundamental para minimizar complicaciones.

Este caso ilustra cómo la conversión oportuna de una resección segmentaria a una colectomía más extensa permitió lograr una anastomosis libre de tensión y un resultado postoperatorio satisfactorio.

La evaluación crítica de la tensión anastomótica debe guiar la estrategia reconstructiva en tumores obstructivos del ángulo esplénico; la adaptación intraoperatoria hacia resecciones más extensas puede ser determinante para garantizar una anastomosis segura.

### Contribuciones:

FRE: edición y producción de video; redacción del borrador original.

LC: edición y producción de video.

EGS: coordinación general, supervisión y validación del manuscrito.

Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

**Declaración de conflictos de interés:** Ninguno.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Declaración de disponibilidad de datos:** Los datos son de acceso público.

**ORCID:**

Rodríguez Estévez F: <https://orcid.org/0009-0005-4045-495X>

Caram LJ: <https://orcid.org/0000-0002-0608-9048>

González Salazar E: <https://orcid.org/0000-0003-3831-522X>

## REFERENCIAS

1. Griffiths JD. Surgical anatomy of the blood supply of the distal colon. *Ann R Coll Surg Engl.* 1956;19(4):241–56.
2. Kim CW, Shin US, Yu CS, Kim JC. Clinicopathologic characteristics, surgical treatment and outcomes for splenic flexure colon cancer. *Cancer Res Treat.* 2010;42(2):69–76.
3. Garoufalia Z, Emile SH, Horesh N, Perets M, Kahana N, Wexner SD. A scoping literature review on the surgical management of splenic flexure tumors. *Scand J Surg.* 2025 Oct 24;14574969251387491. [Epub ahead of print]. doi:10.1177/14574969251387491.
4. 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(2):661–72.