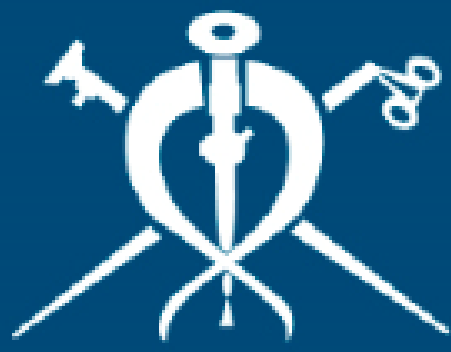


ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA MOVILIZACION DEL ANGULO ESPLENICO POR LAPAROSCOPIA DE MEDIAL A LATERAL.

- Dr. Miguel Tapia Alanis. Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero, Dr. Billy Jimenez Bobadilla, Dr. Hugo Morales Rodriguez. Dr Fernando Diaz Sobrino





disección laparoscópica de medial a lateral del ángulo esplénico

- Dr. Miguel Tapia Alanis. Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero, Dr. Billy Jimenez Bobadilla, Dr. Hugo Morales Rodriguez. Dr Fernando Diaz Sobrino
- Hospital General De Mexico “Dr. Eduardo Liceaga”



Introducción

- En el abordaje del colon izquierdo, el descenso del ángulo esplénico es un paso esencial y crítico que representa un desafío técnico por su alto grado de dificultad. Algunos cirujanos evitan abordar el ángulo esplénico debido al incremento del tiempo quirúrgico aproximadamente en 35-45 minutos, y el riesgo de hemorragia por desgarro de la capsula en el polo inferior esplénico, lesión pancreática e infección del sitio quirúrgico. Hasta la fecha existen controversias como por ejemplo si debe realizarse de manera rutinaria o únicamente en casos selectos, y cual es el mejor método de abordaje. El acceso lateral, de manera tradicional es preferible para enfermedades benignas. De la misma forma en caso de cáncer, el acceso medial es el preferible, y que hoy en día han adoptado casi todos los cirujanos. Este ultimo siendo el de mayor experiencia en el Hospital General de Mexico “Dr Eduardo Liceaga” y que se describirá a continuación.
- Objetivo: describir de manera clara y concisa el abordaje realizado para el descenso del ángulo esplénico así como caracterizar los casos de pacientes intervenidos en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”,

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

disección laparoscópica de medial a lateral del ángulo esplénico

Dr. Miguel Tapia Alanis. Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero, Dr. Billy Jimenez Bobadilla, Dr. Hugo Morales Rodriguez. Dr Fernando Diaz Sobrino



DR. EDUARDO LICEAGA

Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- se realizara la descripción de los pasos criticos para el descenso del angulo esplenico con la técnica quirúrgica empleada, en el Hospital General de México, para lo cual se accedio a los videos de todos los pacientes en los que se realizó movilización del ángulo esplénico de medial a lateral en el periodo comprendido desde primero Octubre de 2017 hasta el primero de Febrero de 2018, mediante el análisis de estos videos se obtuvo la información necesaria para identificar y agrupar las variables posteriormente vertidas en una base de datos en SPSS donde se realizo el análisis estadístico. Además se realizaron mediciones tomograficas en todos los casos.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ

Introducción

1. Identificación y ligadura de la AMI

Material y métodos

2. Disección del mesenterio del colon descendente de la fascia de Gerota.

Resultados

3. Disección y ligadura de la VMI

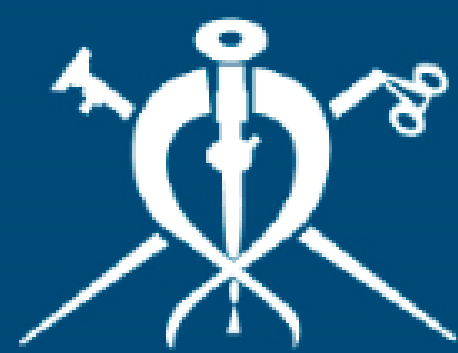
Resultados

4. Disección del repliegue peritoneal lateral

Conclusiones

5. Identificación y sección del ligamento frenocolico y esplenocolico, bajo visión directa del vaso

6. Seccion del ligamento gastrocolico y separacion del colon transversos con el páncreas seccionando el ligamento pancreatomesocolico bajo visión directa del hazo



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

disección laparoscópica de medial a lateral del ángulo esplénico

Dr. Miguel Tapia Alanis. Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero, Dr. Billy Jimenez Bobadilla, Dr. Hugo Morales Rodriguez. Dr Fernando Diaz Sobrino



DR. EDUARDO LICEAGA

Introducción

Material y métodos

		tiempo quirurgico total en minutos	tiempo paso 1	tiempo paso 2	tiempo paso 3	tiempo paso 4	tiempo paso 5	tiempo paso 6	tiempo total liberacion angulo esplénico
N	Válidos	19	19	19	19	19	19	19	19
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		175.56	3.2811	4.8700	3.9933	4.1533	2.7333	2.1444	26.9656
Desv. típ.		27.889	1.95984	3.47079	2.56150	2.47065	1.67645	.86763	10.63885
Rango		80	6.32	10.20	7.60	7.20	4.92	2.40	30.40
Mínimo		140	2.08	2.00	1.40	2.00	1.20	1.10	14.10
Máximo		220	8.40	12.20	9.00	9.20	6.12	3.50	44.50

Resultados

Resultados

Conclusiones

		Edad del paciente	sangrado reportado	tamaño transversal del tumor	distancia colon a la cola del pancreas	distancia del dolor al riñon	distancia vena esplénica al colon	longitud del tumor
N	Válidos	19	19	19	19	19	19	9
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		58.00	156.67	16.0367	15.5233	10.2733	13.8044	21.6989
Desv. típ.		15.644	73.655	6.94195	7.42555	8.11349	14.42079	11.02072
Rango		52	250	22.32	25.24	24.16	46.94	32.06
Mínimo		23	50	6.28	4.61	.00	4.06	10.42
Máximo		75	300	28.60	29.85	24.16	51.00	42.48

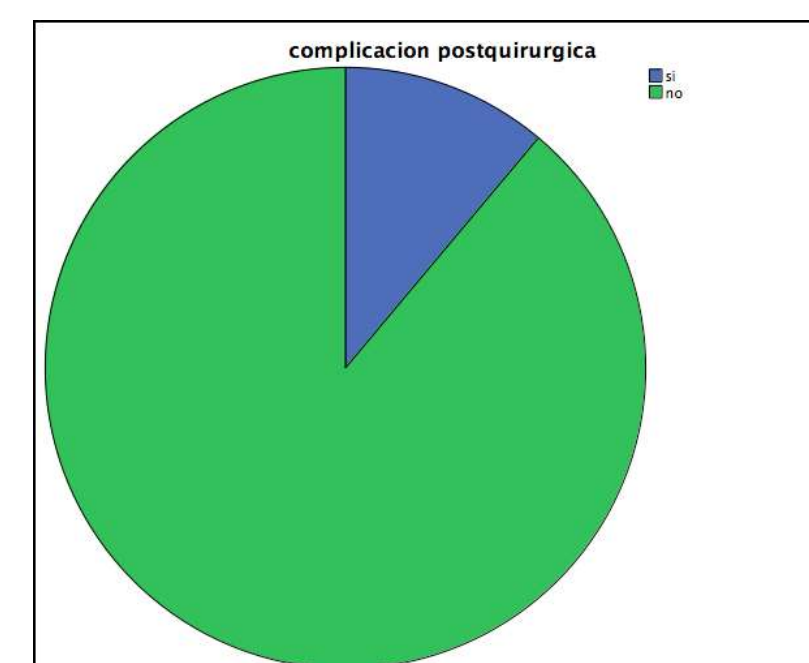
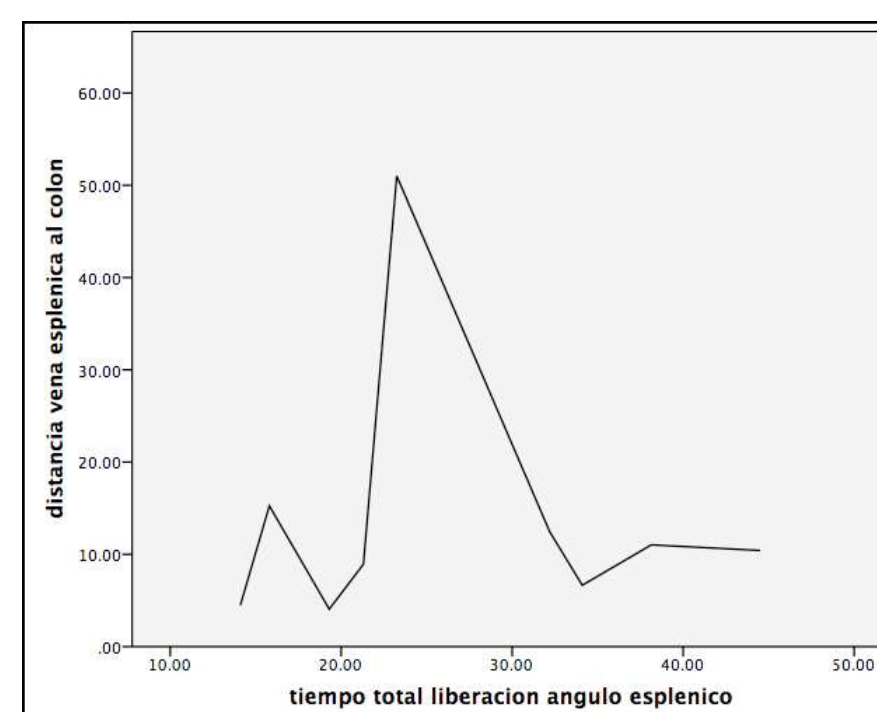
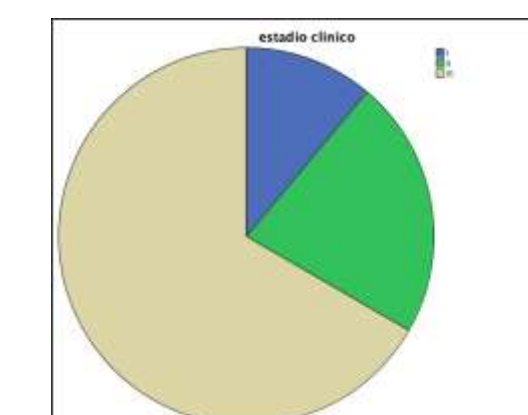
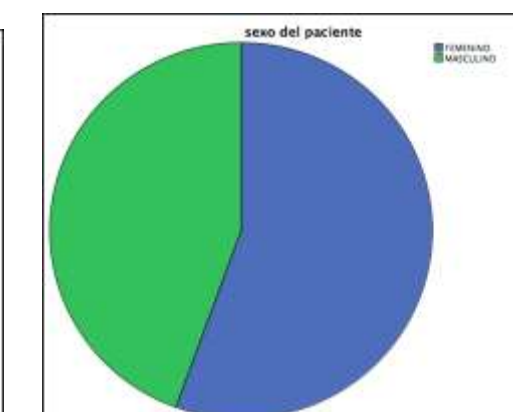
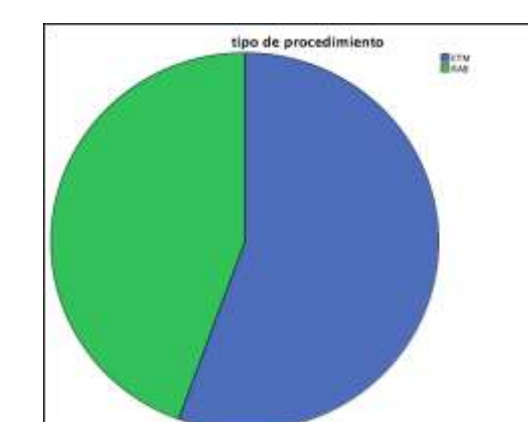


Figura 1 (ETM 55.6% RAB 44.4%.
 Figura 2 Fem 55.6 Maxc 44.4%
 Figura 3 ECI 11.1% ECII 22.2% ECIII 66.7%
 Figura 4 RI 22.2% RM 22.2%% RS 11.1% Sigmoides 44.4%



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

disección laparoscópica de medial a lateral del ángulo esplénico

Dr. Miguel Tapia Alanis. Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero, Dr. Billy Jimenez Bobadilla, Dr. Hugo Morales Rodriguez. Dr Fernando Diaz Sobrino



DR. EDUARDO LICEAGA

Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- La cirugía colorrectal de mínima invasión, se ha convertido en la actualidad en el método ideal para el abordaje de patologías tanto benignas como malignas del colon izquierdo, en muchas de estas patologías siendo necesaria la movilización del ángulo esplénico, que puede implicar un desafío técnico para el cirujano colorrectal, aunque en manos experimentadas, no aumenta la morbilidad y permite una anastomosis libre de tensión con adecuada vascularidad. Al lograr una correcta liberación del ángulo esplénico se obtiene en la mayoría de los casos hasta 27 ± 7 cms de longitud extra para la anastomosis, requiriendo aproximadamente 10% del tiempo quirúrgico total. Esto se consigue de manera adecuada mediante un abordaje de medial a lateral del meso colón, disección y ligadura alta de los vasos mesentéricos inferiores, disección peritoneo a través de la fascia de Toldt desde la pelvis hasta el ángulo esplénico y finalmente la división de la raíz del meso colón a la izquierda y proximal de la raíz de la vena mesentérica inferior. El abordaje medial del descenso del angulo esplenico a pesar de ser una tecnica quirurgica compleja, el conocimiento de los detalles tecnicos nos permite realizarla en menos tiempo, sin presentar diferencia significativa en cuanto a la morbilidad intra y postoperatoria, e inclusive conllevan a que este abordaje sea mas sencillo para el cirujano y en consecuencia mas seguro para el paciente



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ