



V-142 - ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA INTRACORPÓREA TIPO KONO-S EN ENFERMEDAD DE CROHN: *STEP-BY-STEP*

Trujillo Díaz, Jeancarlos; Montenegro Martín, María Antonia; Gómez López, Juan Ramón; Concejo Cutoli, Pilar; Schenone, Francesco; Martín del Olmo, Juan Carlos

Hospital Medina del Campo, Valladolid.

Resumen

Objetivos: A pesar de las innovaciones en el tratamiento médico de la enfermedad de Crohn (EC), la mayoría ellos (70-80%) seguirán requiriendo una o más cirugías a lo largo de su vida. La cirugía está indicada en pacientes con EC sintomáticos que no toleran, no responden o no cumplen con el tratamiento médico. La recurrencia anastomótica tras la resección intestinal es uno de los problemas más importantes. Se ha descrito una nueva técnica quirúrgica para reducir la recurrencia, la anastomosis tipo Kono-S, descrita por Kono *et al.* en 2011, se trata de una anastomosis manual termino-terminal antimesentérica. Esta anastomosis parece ser más efectiva en prevenir las restenosis secundarias a recurrencias, dado que es capaz de preservar tanto la inervación como la vascularización, factores importantes en la cicatrización adecuada de la anastomosis. Presentamos los pasos técnicos para realizar una resección íleo-cecal con anastomosis tipo Kono-S laparoscópica.

Caso clínico: Paciente varón de 55 años con E. Crohn de 20 años de evolución, varios brotes durante los últimos años, peor los últimos meses con ingresos por suboclusión secundario a afectación en íleon distal. No responde completamente a tratamiento biológico. Entero-RMN y TC: afectación de íleon terminal con áreas de estenosis por fibrosis segmentarias (aprox. 25 cm). Acude a urgencias por cuadro oclusivo, dado hallazgos radiológicos y no respuesta a tratamiento médico, se decide cirugía programada: ileocequectomía + anastomosis Kono-S laparoscópica. El paciente es colocado en decúbito supino con brazos pegados al cuerpo. Se utilizan 4 trócares (2 × 12 mm y 2 × 5 mm). Inicialmente se realiza una disección medial *down-to-up* del mesocolon, posteriormente se localiza y se mide el íleon afectado. Se realiza sección del íleon con EndoGIA quedando el mesenterio transversa a la línea de grapas y de igual manera en colon derecho, previa comprobación de la vascularización con ICG. Anastomosis Kono-S: 1^{er} paso: se realiza una sutura T-T entre ambas líneas de grapado utilizando V-Lock, la cual será la columna de soporte (S) de la anastomosis. 2^o paso: medimos 7 cm en el borde antimesentérico de colon y del íleon y se realiza una enterotomía longitudinal. 3^{er} paso: se inicia la cara posterior de la anastomosis, con sutura continua cogiendo serosa y mucosa, primero desde la mitad de la línea de grapado hacia el borde superior y posteriormente con otra sutura desde la mitad hacia el borde inferior, teniendo mucha precaución de que los vértices queden bien cerrados. 4^o paso: con la misma sutura de la cara posterior continuamos con la cara anterior con puntos submucosos para invaginar la mucosa, primero *up-to-down* hasta poco menos de la mitad de la cara anterior y posteriormente *down-to-up* hasta

sobrepasar la sutura superior. 5º paso: reforzamos la cara anterior con una sutura continua subserosa con V-Lock. 6º paso: comprobación de hemostasia y estanqueidad de la anastomosis. No se deja drenaje y la pieza es extraída protegida en bolsa por mini-Pfannenstiel. El paciente presentó una evolución posoperatoria favorable, con buen control del dolor, restablecimiento del tránsito intestinal, buena tolerancia oral siendo dado de alta el 5º DPO.

Discusión: La anastomosis tipo Kono-S mediante abordaje laparoscópico es segura y factible, evitando incisiones (transversa, media) que podrían ocasionar mayor dolor posoperatorio, íleo paralítico, ISQ, hematomas y riesgo de eventraciones.