CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):157

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-050 - LINFADENECTOMÍA GUIADA POR ICG DURANTE LA ESOFAGUECTOMÍA DISTAL TIPO IVOR LEWIS MEDIANTE ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO EN PRONO

García Fernández, Noelia; Senent Boza, Ana; Alarcón del Agua, Isaias; Socas Macías, María; López Bernal, Francisco; Anguiano Díaz, Gregorio; Morales-Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El único tratamiento curativo del cáncer de esófago resecable es la esofaguectomía asociada a la linfadenectomía de los territorios de drenaje. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado estar asociada a una mejor recuperación postoperatoria, existiendo una tendencia actual a realizar la toracotomía en prono para disminuir las complicaciones pulmonares. Las linfadenectomías más extensas se han asociado a mayor supervivencia, pero también a mayor morbilidad, por lo que existe una importante discusión acerca de la extensión de la misma tanto a nivel abdominal como torácica En este vídeo se plantea el empleo del verde de indocianina para guiar la linfadenectomía en el tiempo abdominal durante la esofaguectomía Ivor-Lewis mínimamente invasiva.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 71 años con antecedentes de sobrepeso y SAOS, que en estudio por anemia se diagnosticó de adenocarcinoma de esófago. La exploración física no reveló alteraciones. Tras realizar una endoscopia oral con toma de biopsias, se diagnosticó de un esófago de Barrett y de un adenocarcinoma de tercio distal. Por ecoendoscopia se estadió como un tumor T1bN0. En el estudio de extensión por TAC y PET TAC no se detectaron otros hallazgos. El paciente fue intervenido mediante esofaguectomía Ivor-Lewis mínimamente invasiva, con abordaje combinado laparoscópico en el tiempo abdominal y mediante toracoscopia en prono derecho. El día previo a la cirugía se administró el verde de indocianina (ICG) mediante inyección por endoscopia a nivel submucoso peritumoral. En el tiempo abdominal se realizó una linfadenectomía guiada por ICG, visualizando captación de las adenopatías pericardiales de los territorios 1 y 2, en el territorio de la arteria gástrica izquierda, en la arteria esplénica y en la región periaórtica, realizándose la linfadenectomía de los territorios mencionados. No se objetivó captación en territorio de arteria gastroepiploica, ni en el territorio 8 de la arteria hepática común ni en el ligamento hepatoduodenal. El uso del ICG nos ayudó a ampliar la disección al territorio de la esplénica distal y a marcar el punto de disección entre el territorio de la arteria gástrica izquierda y la arteria hepática y la base de la arteria gástrica izquierda. A nivel torácico se realizó la linfadenectomía periesofágica, periaórtica y subcarinales convencional sin estar guiada por ICG debido al empleo intraoperatorio de ICG para valoración de la perfusión de la plastia gástrica, no siendo posible en el tiempo torácico la discriminación exhaustiva del drenaje linfático mediante el uso de ICG. En el estudio anatomopatológico se confirmó la presencia de un adenocarcinoma infiltrante pT1b, siendo los márgenes de resección negativos. Se obtuvieron un total de 26 ganglios, todos ellos libres de enfermedad.

Discusión: En los casos de un adenocarcinoma resecable de tercio distal esofágico, el empleo del ICG constituye una técnica segura y factible, la cual podría ayudar y facilitar la linfadenectomía y, en el futuro, incluso llegar a modificar el tipo de linfadenectomía a realizar en función de tipo y localización del tumor, siendo preciso series amplias para obtener las conclusiones adecuadas al respecto.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados