



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-121 - VERDE DE INDOCIANINA (ICG) PARA VALORACIÓN DE LA VASCULARIZACIÓN DE LA PLASTIA COLÓNICA TRAS UNA ESOFAGOGASTRECTOMÍA TOTAL POR INGESTA DE CÁUSTICOS

Chullo Llerena, Gabriela; Momblan, Dulce; Morales, Xavier; Gonzabay, Víctor; Ibarzabal, Ainitze; Lacy, Antonio M

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Describir la utilidad del uso del verde de indocianina para valorar la vascularización de la plastia colónica tras una esofagogastrectomía.

Caso clínico: Varón de 45 años que a raíz de ingesta accidental de sosa caustica presenta varias estenosis esofágicas largas y en antro-píloro no tratables endoscópicamente. Portador de yeyunostomía de alimentación y sonda de gastrostomía de descompresión. Se intervino quirúrgicamente realizándose una esofagogastrectomía y reconstrucción del tránsito digestivo mediante coloplastia de transversal antiperistáltica en tres tiempos. El tiempo torácico se realizó mediante toracoscopia derecha en decúbito prono, con colocación de tres trócares. El tiempo abdominal se inició por laparoscopia, siendo convertido a cirugía abierta por adherencias. Se realizó una gastrectomía total con omentectomía. Se movilizó el colon transversal con descenso de ambos ángulos colónicos y elección del colon transversal para la plastia dada su longitud. Se identificaron las arterias cólica media con sus ramas derecha e izquierda, cólica izquierda y cólica derecha. Se procedió al clampaje de las arterias cólica derecha, rama derecha de la cólica media y cólica izquierda para valorar la arcada vascular antes de la sección. Se realiza angiografía utilizando 3 mg de ICG por un acceso venoso central. Tras comprobar una correcta vascularización del colon transversal, se realiza una coloplastia antiperistáltica dependiente de la arteria cólica media con sección de la rama derecha de la misma. Posterior sección del colon transversal a nivel del ángulo esplénico y hepático, preservando la arcada marginal. Se realiza una anastomosis latero-lateral coloyeyunal y una laterolateral mecánica entre el colon ascendente y el descendente. Cervicotomía izquierda: tras disección y tracción del esófago cervical, se extrajo la pieza y se realizó una anastomosis mecánica latero-lateral esofagocolónica. El tiempo operatorio fue de 345 minutos. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. Se inició la ingesta oral al séptimo día postoperatorio tras comprobar la anastomosis con un tránsito. La estancia hospitalaria fue de 11 días.

Discusión: Existen múltiples indicaciones de esofagogastrectomía tanto para patología maligna como para benigna. La ingesta de cáusticos no es rara ni anodina y el tratamiento quirúrgico de las estenosis cicatriciales esofagogástricas secundarias, representa un reto quirúrgico. La reconstrucción del tránsito intestinal con coloplastia de transversal tras este tipo de cirugías, es una intervención técnicamente demandante, que aporta un injerto de suficiente longitud, con capacidad de reservorio, cierto grado de peristaltismo y bien vascularizado. Una de las complicaciones más graves es la necrosis de la plastia y las dehiscencias de las anastomosis. La evaluación de la vascularización es compleja, realizándose habitualmente mediante palpación de los pulsos arteriales en cirugía abierta. La introducción en los últimos años de la imagen por fluorescencia con verde de indocianina (ICG) parece ser útil en la valoración de la vascularización de la

coloplastia. Además de la palpación del pulso, el ICG nos permite ver el flujo de la arcada de forma objetiva tras el clampaje de las arterias previo a su sección. Es una técnica segura y objetiva que puede disminuir el riesgo de complicaciones secundarias a una deficiente irrigación de la plastia.