



## V-16 - SEGMENTECTOMÍA S3 IZQUIERDA VATS CON VERDE DE INDOCIANINA

Luis Carlos Lomanto Navarro, Sara Fra Fernández, Cristina Cavestany García-Matrés, Jose Deymar Lozano, Usue Caballero Silva, Alberto Cabañero Sánchez, Gemma María Muñoz Molina, David Saldaña Garrido y Nicolás Moreno Mata

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La técnica quirúrgica estándar para la resección de metástasis es la segmentectomía atípica pulmonar o resección en cuña. En algunas ocasiones, la localización, el tamaño, o el número de las lesiones obliga a realizar resecciones pulmonares anatómicas como la lobectomía o la segmentectomía típica o anatómica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 60 años con antecedentes hipertensión arterial, dislipemia e hiperuricemia. Fue diagnosticado de adenocarcinoma de recto cT3N0M1 al objetivar en el estudio de extensión una lesión única pulmonar y otra lesión única hepática, sugestivas de metástasis. Se biopsió la lesión hepática y la pulmonar, siendo ambas positivas para metástasis del adenocarcinoma de recto. Se presentó el caso en el comité de tumores, en el cual se decidió quimioterapia y radioterapia neoadyuvante, seguido de amputación abdominoperineal, y posteriormente, termoablación de la lesión hepática y metastasectomía de la lesión pulmonar. El paciente fue derivado a nuestro servicio para resección del nódulo pulmonar tras el tratamiento del tumor primario y la lesión hepática de forma satisfactoria según lo planeado en comité. Se decidió realizar segmentectomía anterior de lóbulo superior izquierdo (S3) mediante toracoscopia debido a la localización profunda en el parénquima pulmonar del nódulo, para asegurar un buen margen de resección. Previamente, se realizaron pruebas de función respiratoria, las cuales fueron normales. Bajo anestesia general y con intubación selectiva, se colocó al paciente en decúbito lateral derecho. Se realizó un puerto para la cámara en el 8º espacio intercostal y la *utility* en el 4º. Se comenzó con la disección de la vena del LSI para identificar V3. Se disecó V3 y se seccionó con endograpadora. Se visualizó A3 inmediatamente detrás, la cual se disecó y se seccionó con endograpadora. Se objetivó otra rama arterial para el S3, que se seccionó con endograpadora. A continuación se diseca B3 y se clampa. Se comprueba la ventilación del resto de parénquima pulmonar del lóbulo superior izquierdo (para al mismo tiempo delimitar el plano intersegmentario) y a continuación se seccionó B3 con endograpadora. Se inyectó verde indocianina vía intravenosa para verificar el plano intersegmentario previamente visualizado al ventilar. Se seccionó plano intersegmentario delimitado y se retiró la pieza. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y sin incidencias, siendo retirado el drenaje endotorácico el segundo día tras la intervención y dado de alta al tercero. La anatomía patológica confirmó que el nódulo era una lesión metastásica del adenocarcinoma colorrectal de 1,5 cm de diámetro máximo, concordante con su proceso oncológico conocido. Se observó extensión neoplásica a través del espacio aéreo y bordes libres.

**Discusión:** La segmentectomía anatómica mediante videotoracoscopia resultó ser un tratamiento adecuado para la metastasectomía en nuestro paciente. El verde de indociana contribuyó a la delimitación del plano intersegmentario.