



## V-057 - MAPEO LINFÁTICO GUIADO POR FLUORESCENCIA DE ICG EN RESECCIÓN SEGMENTARIA DE COLON TRANSVERSO POR LAPAROSCOPIA Y ANGIOGRAFÍA DE FLUORESCENCIA PARA VALORAR VASCULARIZACIÓN DE ANASTOMOSIS

Licardie, Eugenio<sup>1</sup>; Alarcón, Isaias<sup>2</sup>; Sánchez-Ramírez, María<sup>3</sup>; Morales-Conde, Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Quironsalud Sagrado Corazón, Sevilla; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

### Resumen

**Objetivos:** El colon transverso es una localización poco frecuente del cáncer de colon y suele verse afectado por peor pronóstico. El objetivo de la radicalidad oncológica incluye la resección primaria del tumor con bordes libres y una linfadenectomía adecuada. Hasta la fecha, todavía no hay consenso sobre el tipo de resección quirúrgica a realizar en caso de cáncer de colon transverso. El drenaje linfático y la vascularización de esta sección del colon es variable y presenta diferentes variantes anatómicas. Además, la movilización del colon transverso puede ser particularmente difícil en comparación con otros segmentos del colon. A pesar de la falta de definiciones normalizadas, se proponen tres opciones quirúrgicas principales: resección segmentaria del colon transverso, hemicolectomía derecha ampliada y colectomía subtotal. En esta línea, puede jugar un papel fundamental el verde ICG, que nos ayudaría tanto para confirmar un adecuado aporte sanguíneo a la anastomosis en el caso de una resección segmentaria, así como servir de ayuda para realizar un mapeo linfático guiado y asegurar una adecuada linfadenectomía.

**Métodos:** Se presenta el caso de un varón de 55 de años de edad, asintomático, sin antecedentes personales de interés. La colonoscopia rutinaria describe lesión polipoide de 35-40 mm con base de 15 mm en colon transverso no extirpable endoscópicamente, que tatúan proximal y distalmente. En el TAC abdominal se evidencia la lesión descrita en colon transverso.

**Resultados:** Intraoperatoriamente, identificamos la lesión tatuada con tinta a nivel de colon transverso, inyectamos ICG peritumoral en tres puntos cardinales, en el tejido subseroso. Para permitir que el ICG se extendiera e identificara el patrón linfático de esta zona del colon, se expone la raíz del mesocolon transverso identificando una arteria cólica derecha y una cólica media, realizando linfadenectomía de ambas y sección de la rama derecha de la arteria cólica media en su base, se secciona el mesocolon incluyendo el área teñida de fluorescencia de ICG. Posteriormente se realiza angiografía de fluorescencia de ICG para comprobar la adecuada vascularización previo a realizar anastomosis. Se comprueba que no existe tensión y se realiza anastomosis latero-lateral isopersitáltica intracorpórea con endograpadora lineal, cerrando la enterotomía con dos suturas barbadas. El paciente fue dado de alta al quinto día sin complicaciones. La AP reportó adenoma tubulovellosa con displasia epitelial de alto y bajo grado. Adenopatías reactivas y bordes libres de enfermedad.

**Conclusiones:** Es posible que se prefieran procedimientos quirúrgicos menos agresivos, como la resección segmentaria, para los cánceres en etapas tempranas; mientras que resecciones más amplias deben considerarse para etapas avanzadas o en presentaciones de cirugía de urgencias. Si se cumplen los criterios oncológicos de la cirugía, no se han descrito diferencias relacionadas con el tipo de procedimiento en los estudios retrospectivos disponibles. La bibliografía sigue siendo de momento demasiado limitada para sacar conclusiones definitivas, con lo cual, son necesarios más estudios para poder establecer criterios más estandarizados. Consideramos que el ICG es una herramienta muy útil tanto para el mapeo linfático, cómo para la vascularización de la anastomosis.