



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-051 - MAPEO LINFÁTICO CON ICG EN LA PATOLOGÍA NEOPLÁSICA DE ESÓFAGO: TIEMPO ABDOMINAL DE LA ESOFAGUECTOMÍA ROBÓTICA IVOR LEWIS

Lizarralde Capelastegui, Andrea; Maestro Decastro, José Luis; Toledano Trincado, Miguel; Martín Esteban, Mari Luz; Bueno Cañones, Alejandro; Veleza Belanche, Sandra; González De Godos, Andrea; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Objetivos: El objetivo de este vídeo es mostrar las ventajas del empleo del ICG para el mapeo linfático en el tiempo abdominal de la esofaguectomía Ivor Lewis asistida por robot.

Caso clínico: Varón de 52 años sin antecedentes de interés. Fue remitido a nuestra consulta por epigastralgia, disfagia y pérdida de peso en los últimos meses. Se inició el estudio con gastroscopia donde se observó una neoplasia de esófago distal que impide el paso del endoscopio. En la ecoendoscopia T3N2. Se completó el estudio con un TC toracoabdominal donde se observó un engrosamiento mural a nivel del tercio distal del esófago con ganglios sospechosos. Los resultados histológicos describieron un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. El caso fue presentado en comité multidisciplinar, donde se decidió tratamiento quimioterápico neoadyuvante y posterior cirugía mediante esofaguectomía laparoscópica Ivor Lewis asistida por robot. Para el tiempo abdominal se utilizaron tres trócares robóticos de 8 mm, uno de 12 mm y dos trócares auxiliares laparoscópicos de 5 mm. Se realizó la liberación de la curvatura mayor gástrica respetando la arteria gastroepiploica. Maniobra de Kocher amplia para liberar el duodeno. Linfadenectomía guiada por ICG de raíz de arteria gastroepiploica y de los grupos 5, 7, 8, 9, 11p y 12. Posterior confección de tubular en curvatura mayor gástrica. Liberación de hiato y linfadenectomía paraórtica y grupos paracardiales. Finalmente, apertura de pleura derecha e introducción de pieza en tórax, dejando drenaje en hiato. Tras la cirugía el paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al séptimo día. La anatomía patológica reveló un adenocarcinoma G2, con bordes de resección libres y sin infiltración neoplásica en los 20 ganglios extirpados: ypT3N0.

Discusión: La diseminación linfática es el factor pronóstico individual más importante en el cáncer de esófago, por lo que realizar una correcta linfadenectomía es de vital importancia. El mapeo linfático con ICG pretende ser una herramienta que nos ayude a aumentar el número de ganglios resecados, y con ello mejorar el estadiaje y pronóstico de los pacientes con cáncer esofágico.