



V-134 - USO DE ICG EN LAS ANASTOMOSIS POSESOFAGUECTOMÍA

Aranzana Gómez, Aurelio; Rodríguez-Carreño Díaz, Lucas; Cadaval Moreno, Luis; López Pardo, Rafael; Chiva San Román, Ignacio; Cendrero Martín, Manuel; Morante Castaño, Jana; Ortega Ortega, Elena

Complejo Hospitalario, Toledo.

Resumen

Introducción: La fuga-fístula postoperatoria tras la esofaguectomía oncológica por neoplasia esofágica es la complicación más grave tras este tipo de cirugía. Hay diferentes variables que intervienen de forma significativa en la incidencia de la misma. Entre ellas está la correcta vascularización del conducto gástrico que se utiliza para la anastomosis. En los últimos años el uso del ICG ha demostrado ser útil para comprobar la adecuada perfusión de la plastia gástrica en el momento de la anastomosis. El objetivo es demostrar la conveniencia del uso del ICG durante la esofaguectomía oncológica, tanto total -McKeown, como subtotal-Ivor-Lewis, para confirmar la adecuada vascularización del tubular gástrico previo a la anastomosis. Se muestran dos videos demostrativos de dos casos clínicos del uso de ICG.

Casos clínicos: Caso 1: anastomosis cervical en una esofaguectomía tipo McKeown, 3 campos, con visualización correcta vascular tras ICG de la plastia a nivel abdominal, pero que, tras su ascenso a nivel cervical y administrar nuevamente el colorante se identifica un segmento de 2-3 cm con ausencia de perfusión, lo que obliga a su resección previo a la anastomosis (término-lateral manual en dos planos). Caso 2: anastomosis torácica en esofaguectomía tipo Ivor-Lewis. Visualización correcta vascular tras ICG a nivel abdominal, pero que igual que en el caso anterior, se identifica un segmento de 3 cm hipoperfundido tras su ascenso a nivel torácico, que se resecta. En este caso tras la anastomosis latero-lateral esófago-tubular gástrica, comprobamos nuevamente la perfusión con ICG, evidenciando que queda de nuevo un segmento de 2 cm de la plastia gástrica de la cara anterior isquémica, estando la cara posterior correctamente perfundido, en probable relación al cruce de líneas de grapado que ocurre en este tipo de anastomosis. Ambos pacientes evolucionaron de forma correcta sin fuga en el posoperatorio.

Discusión: El uso de ICG es una herramienta válida y eficaz para asegurar la correcta vascularización de la anastomosis, tanto torácica como cervical, pudiendo identificar el lugar correcto de la misma en un% importante de los casos, al mismo tiempo que nos ha hecho modificar el tipo de anastomosis en el Ivor-Lewis al comprobar que puede quedar una zona isquémica por el cruce de líneas de grapado en la anastomosis latero-lateral esofagogástrica descrita por Nilsson.