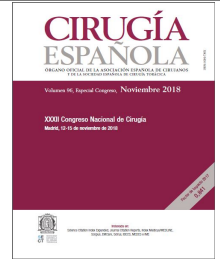




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-095 - GASTRECTOMÍA TOTAL CON LINFADENECTOMÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA (ICG)

Morales-Conde, Salvador; Lledó, Isabel; Alarcón, Isaías; Senent-Boza, Ana; Camacho, Violeta; López-Bernal, Francisco; Barranco, Antonio; Socas, María

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: El uso de la fluorescencia con verde de indocianina (ICG) está cada vez más en auge en la cirugía actual, fundamentalmente como test de las anastomosis de colon; pero en los últimos años se están descubriendo otros usos potenciales que pueden aportar avances significativos, como en la identificación del ganglio centinela y en el mapeo linfático en cirugía oncológica, lo que podría permitir una mejor estadificación para aplicar el tratamiento más adecuado a cada paciente y jugar un papel determinante para decidir el alcance de la linfadenectomía necesaria. El cáncer gástrico es uno de los tumores donde esta nueva aplicación podría jugar un papel fundamental en el futuro próximo. Presentamos un caso de gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía D2 guiada por ICG, donde se realiza un mapeo linfático que permite una linfadenectomía personalizada.

Caso clínico: Paciente varón de 37 años, sin antecedentes personales de interés, al que se realiza gastroscopia por clínica de plenitud gástrica, en la cual se detecta neoplasia gástrica en curvatura mayor a nivel de cuerpo gástrico. La biopsia endoscópica es compatible con adenocarcinoma gástrico de tipo difuso. Se completa el estudio preoperatorio con ecoendoscopia y TC de extensión, estadificándose como T1N0M0. Se propone la realización de una gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía D2 guiada por ICG. El día previo a la cirugía, se realiza una nueva gastroscopia y se inyecta endoscópicamente el ICG en cuatro puntos submucosos alrededor del tumor. Se inyectan 0,25 mg de ICG en cada uno de dichos puntos. Al iniciar la cirugía, se comprueba el mapeo linfático marcado por fluorescencia con ICG, permitiendo identificar adenopatías de aspecto patológico a nivel de curvatura menor, una a nivel de curvatura mayor y en territorio de la arteria esplénica; ante estos hallazgos y la edad del paciente, se decide realizar una linfadenectomía D2 junto a una gastrectomía total laparoscópica reglada con reconstrucción en Y de Roux. Durante la linfadenectomía, se pudo comprobar de forma intraoperatoria el drenaje a adenopatías en la zona del territorio 11 a nivel de la pared posterior de la arteria esplénica, observándose también el límite de necesidad de la linfadenectomía a territorios interaorto-cava, permitiendo un mapeo linfático adecuado. El paciente presenta una evolución posquirúrgica sin complicaciones, siendo dado de alta hospitalaria al séptimo día postoperatorio. El resultado anatomopatológico es de adenocarcinoma gástrico de tipo difuso (células en anillo de sello) pT2N1, con una linfadenectomía con un total de 26 ganglios aislados y que correspondía a la adenopatía observada en la curvatura mayor.

Discusión: El mapeo linfático con ICG en la cirugía del cáncer gástrico es un potencial avance revolucionario que podría permitir asegurar una correcta linfadenectomía, evitando la infraestadificación ganglionar. Para esto, es necesario continuar realizando estudios que permitan, en un futuro, desarrollar protocolos para

definir la linfadenectomía adecuada en función de dicho mapeo.