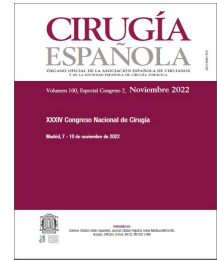




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-115 - DISECCIÓN AXILAR ENDOSCÓPICA GUIADA POR FLUORESCENCIA: ¿CÓMO LO HAGO?

Guevara Martínez, Jenny; Zapata, Camilo; Recarte, María; Corripio, Ramón; Gómez, Joaquín; Gutiérrez, Eduardo; Fondevila, Constantino; York Pineda, Elisa

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: En la era de la cirugía mínimamente invasiva, la disección axilar por endoscopia muestra resultados prometedores con potenciales beneficios en resultados funcionales y estéticos, respetando los mismos conceptos oncológicos de la cirugía abierta. Asimismo, el uso de la fluorescencia para la identificación ganglionar es una herramienta cada vez más accesible.

Caso clínico: Paciente de 56 años con carcinoma ductal infiltrante de mama T2 (30 mm) subtipo luminal B, localmente avanzado (N1), con respuesta parcial tras quimioterapia neoadyuvante, se planifica para cirugía conservadora de la mama con linfadenectomía axilar endoscópica. Tras la inducción anestésica se infiltra el verde de indocianina 0,8 ml (5 mg/ml) en cuatro puntos de inyección subdérmico periareolar. En el borde anterior del músculo dorsal ancho, a la altura del surco inframamario se realiza una incisión para el trocar óptico. Posteriormente se colocan 2 puertos de trabajo de 5 mm. El trocar posterior se introduce anterior al borde del músculo dorsal ancho y el anterior en el borde lateral de la mama. Ambos trocares se encuentran a la misma altura, a nivel areolar o ligeramente caudal (1-2 cm). Se utiliza una óptica de 10mm, 30º con modalidad infrarroja para visión fluorescente. Se insufla CO2 a 8-10 mmHg y se realiza disección roma del plano axilar. Lo primero que localizamos, el pedículo del músculo dorsal ancho en el “suelo” de nuestra disección. Tras disecar este pedículo, el tejido linfograso axilar estará en el “techo” del campo quirúrgico, con estructuras nodulares fluorescentes en su interior. Seguimos el pedículo hasta llegar a la vena axilar, se libera de caudal a craneal la pieza, en su límite externo se separa de la fascia del músculo dorsal ancho. Se deja intacta la fascia del músculo serrato y se preserva la integridad del nervio torácico largo. Continuamos la disección hacia el borde del pectoral mayor en su porción más craneal e identificamos el borde del pectoral menor y la posible existencia de drenaje interpectoral y ganglios de Rotter. El paquete linfograso se va descolgando del margen superior y a medida que nos acercamos a la vena axilar es necesario pasar la pieza de disección por encima del pedículo intercostobraquial para preservarlo, continuando la disección en sentido craneal y a lo largo de la vena axilar. Finalmente, se desprende la pieza de la vena axilar de lateral a medial. Se extrae la pieza por el trocar de Hasson y se confirma que no queden ganglios residuales tras la retirada.

Discusión: La utilización de CO2 a bajas presiones nos permite realizar una disección atraumática y segura por planos avasculares. Esto, sumado a la utilización de fluorescencia, permite ser muy

selectivos y respetar las referencias anatómicas de la linfadenectomía convencional. Pese a tener un tiempo operatorio mayor, sus potenciales beneficios, junto a una disección oncológicamente correcta, justifican valorar la técnica como una opción segura.