



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-032 - EMPLEO DE LA INMUNOFLUORESCENCIA PARA EVALUAR LA VASCULARIZACIÓN DE LA PLASTIA GÁSTRICA DURANTE UNA ESOFAGUECTOMÍA 3 TIEMPOS

Avelino González, Lourdes; Navasquillo Tamarit, Mireia; Abelló Audí, David; Cholewa, Hanna Barbara; Bruna Esteban, Marcos; Mingol Navarro, Fernando; Vaqué Urbaneja, Francisco Javier; García-Granero Ximénez, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso en un paciente cirrótico con un adenocarcinoma de tercio distal de esófago sometido a una esofagectomía en 3 tiempos con la utilización de inmunofluorescencia para la valoración de la vascularización de la plastia gástrica y la zona anastomótica. Se muestra la utilidad de la inyección de verde de indocianina y el empleo de una cámara de inmunofluorescencia para valorar la vascularización de la plastia a fin de diagnosticar zonas de isquemia que favorezcan la aparición de fístula o dehiscencia anastomótica.

Métodos: Técnica quirúrgica: 1. Toracoscopia derecha en prono. Se incide la pleura mediastínica marcando el área de disección de la pieza quirúrgica (desde el hiato hasta el vértice del tórax). Se realiza la disección a nivel de la vena ácigos (la cual es respetada), seccionando el nervio vago distalmente a la salida de su rama bronquial derecha. Se realiza la linfadenectomía infracarinal desde el espacio periaórtico hasta el pericardio, identificando y seccionando la parte caudal del conducto torácico entre clips. La disección supracarinal se realiza identificando la pleura contralateral a nivel supraaórtico y la salida de ambas arterias subclavias. La linfadenectomía de los espacios paratraqueal derecho (se extrae por separado) e izquierdo se realiza conjuntamente con la linfadenectomía recurrente bilateral. Se secciona el esófago cervical completando por último la linfadenectomía infracarinal y bronquial izquierda. Se incluyen en la pieza quirúrgica ambas pleuras para completar la esofagectomía en bloque. 2. Tiempo abdominal. Se procede a la sección de ligamento gastrohepático hasta el hiato, realizando la linfadenectomía de los grupos ganglionares 7, 8, 9 y 11 p seccionando vena y arteria gástrica izquierda. A continuación, se realiza la gastrolisis mediante sección del ligamento gastrocólico y coloesplénico respetando los vasos gastroepiploicos derechos. Colocación de drenaje mediastínico tipo Jackson-Pratt transhiatal y cierre de pilares con sutura tipo V-lock. Se crea un túnel retroesternal para ascenso de la plastia. A través de una laparotomía se procede a la extracción de la pieza y a la creación de la gastroplastia, se evalúa su vascularización mediante la inyección del verde de indocianina y la cuantificación de la inmunofluorescencia tanto en posición extracorpórea como en posición cervical. 3. Tiempo cervical. A través de una cervicotomía izquierda se disecciona la porción más craneal del esófago para seccionarlo y confeccionar una bolsa de tabaco donde introducir el cabezal de la CEA de 25 mm. Una vez ascendida la plastia por vía retroesternal hasta el cuello se procede a reevaluar su correcta

vascularización mediante fluorescencia y a la confección de una anastomosis termino-lateral mecánica. El cierre de la brecha de la plastia se realiza con una endograpadora cubriéndola con un flap de epiplón.

Conclusiones: El empleo de la inmunofluorescencia en pacientes complejos y con morbilidad permite realizar una evaluación objetiva y visual de la vascularización de la plastia, pudiendo ayudar a seleccionar el lugar idóneo donde realizar la anastomosis con el objetivo de prevenir dehiscencias o fístulas por isquemia.