



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-114 - RESECCIÓN SEGMENTARIA DE COLON TRANSVERSO POR VÍA LAPAROSCÓPICA UTILIZANDO FLUORESCENCIA DE ICG PARA MAPEO LINFÁTICO Y ANGIOGRAFÍA DE FLUORESCENCIA PARA VALORAR VASCULARIZACIÓN

Licardie, Eugenio¹; Alarcón, Isaiás²; Senent, Ana³; López-Bernal, Francisco³; Socas, María³; Morales-Conde, Salvador²

¹Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ²Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ³Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío., Sevilla.

Resumen

Objetivos: El colon transverso es una localización poco frecuente del cáncer de colon y se ve afectado por un mal pronóstico. El principio de la radicalidad oncológica incluye la resección primaria del tumor con una linfadenectomía adecuada. Hasta la fecha, todavía no hay consenso sobre el tipo de resección quirúrgica que se realiza en caso de cáncer de colon transverso. El drenaje linfático y la vascularización de esta sección del colon es muy variable y presenta diferentes variantes anatómicas. Además, la movilización del colon transverso puede ser particularmente difícil en comparación con otros tramos del colon. A pesar de la falta de definiciones normalizadas, se proponen tres opciones quirúrgicas principales: resección segmentaria del colon transverso, hemicolectomía derecha ampliada y colectomía subtotal. En este orden, puede jugar un papel fundamental la fluorescencia de verde ICG, que nos ayudaría tanto para confirmar un adecuado aporte sanguíneo a la anastomosis en el caso de una resección segmentaria, así como puede servir de ayuda para realizar un mapeo linfático de la zona y asegurar una adecuada linfadenectomía.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 55 de años de edad, sin antecedentes personales de interés. En colonoscopia se detecta lesión polipoide de 35-40 mm con base de 15 mm en colon transverso no extirpable endoscópicamente, que tatúan proximal y distalmente. En el TAC abdominal se evidencia la lesión en colon transverso descrita. Intraoperatoriamente, identificamos la lesión tatuada con tinta a nivel de colon transverso, inyectamos ICG peritumoral en tres puntos cardinales, en el tejido subseroso. Para permitir que el ICG se extendiera e identificara el patrón linfático de esta zona del colon, se expone la raíz del mesocolon transverso identificando una arteria cólica derecha y una cólica media, realizando linfadenectomía de ambas y sección de la rama derecha de la arteria cólica media en su base, se secciona el mesocolon incluyendo el área teñida de fluorescencia de ICG. Posteriormente se realiza angiografía de fluorescencia de ICG para comprobar la adecuada vascularización previo a realizar anastomosis. Se comprueba que no existe tensión y se realiza anastomosis latero-lateral isoperistáltica intracorpórea con endograpadora lineal, cerrando la enterotomía con dos suturas barbadas. El paciente fue dado de alta al quinto día sin complicaciones. La AP reportó adenoma tubulovelloso con displasia epitelial de alto y bajo grado. Adenopatías reactivas y márgenes de resección libres.

Discusión: Es posible que se prefieran procedimientos quirúrgicos menos agresivos, como la resección segmentaria, para los cánceres en etapas tempranas; mientras que resecciones más amplias deben considerarse para etapas avanzadas o en presentaciones de cirugía de urgencias. Si se cumplen los criterios oncológicos de la cirugía, no se han descrito diferencias relacionadas con el tipo de procedimiento en los estudios retrospectivos disponibles. La bibliografía sigue siendo de momento demasiado limitada para sacar conclusiones definitivas, con lo cual, son necesarios más estudios para poder establecer criterios más estandarizados. Consideramos que el ICG es una herramienta muy útil tanto para el mapeo linfático, cómo para la valoración de vascularización de la anastomosis.