



V-101 - USO DE LA FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA EN LA ISQUEMIA MESENTÉRICA

Bonnín Pascual, Jaime; Molina Romero, Francesc Xavier; Álvarez Segurado, Cristina; Morón Canís, José Miguel; Olea Martínez-Mediero, José Manuel; Jiménez Morillas, Patricia; Rodríguez Pino, José Carlos; González Argenté, Xavier Francesc

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: La isquemia mesentérica aguda (IMA) constituye una patología urgente con elevada morbi-mortalidad donde su temprano diagnóstico y tratamiento son primordiales. Analizamos el uso de la fluorescencia con verde de indocianina (ICG) para valorar la vascularización intestinal en la IMA.

Casos clínicos: Presentamos una serie de tres pacientes intervenidos con diagnóstico de IMA. En los tres casos se usó la infusión endovenosa de 25 mg de ICG bajo visión con luz infrarroja para valorar la vascularización y viabilidad intestinales. Caso 1: varón de 42 años con antecedente de ictus frontotemporal y probable síndrome de Brugada, con isquemia aguda de ambos miembros inferiores por lo que se realiza tromboembolectomía transfemoral bilateral y fasciotomías bilaterales. En el postoperatorio inmediato presenta dolor abdominal agudo con una trombosis de la arteria mesentérica superior (AMS) en TAC urgente. En la laparotomía urgente se objetiva una necrosis transmural en yeyuno distal e íleon medio, además de otras áreas parcheadas de isquemia intestinal. Se procede a arteriotomía y tromboembolectomía de la AMS, recobrando su pulso. La valoración del paquete intestinal con ICG muestra dos áreas de isquemia transmural que no captan contraste (45 cm de yeyuno y 200 cm de íleon medio) separadas por áreas de intestino con buena captación del mismo. Se practica la resección de ambas áreas descritas con doble anastomosis. Caso 2: mujer de 74 años con antecedentes de fibrilación auricular no anticoagulada y de gastrectomía parcial por hemorragia. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal y hematemesis. La analítica muestra leucocitosis, acidosis metabólica, insuficiencia renal aguda e hiperamilasemia. La gastroscopia evidencia una mucosa eritematosa en esófago y estómago sin signos de hemorragia activa, y la TAC objetiva neumatosis esofágica, gástrica y en sistema porta, como signos indirectos de isquemia. Se realiza laparotomía urgente que halla isquemia de íleon terminal y colon derecho sin claros signos de afectación a nivel esófago-gástrico. La valoración tras administración de ICG discrimina la clara afectación isquémica desde íleon terminal a colon ascendente y parcheada en colon transversal e izquierdo, sin afectación esofágica ni gástrica. Se realiza colectomía subtotal con resección de íleon terminal e ileostomía derivativa. Caso 3: mujer de 49 años con historia de enfermedad de Takayasu aortoiliaca y visceral que precisó angioplastia de tronco celíaco 2 semanas antes con ambas arterias mesentéricas no contrastadas en la TAC. Ante el aumento del dolor abdominal, una nueva TAC evidencia neumatosis colónica. La laparotomía urgente muestra necrosis

a nivel del colon izquierdo e hipoperfusión del ciego. La administración de ICG halla una falta de captación de todo el colon. Se realiza una colectomía subtotal con ileostomía y fístula mucosa. El paciente del caso 1 precisa relaparotomía urgente al quinto día. Se evidencia isquemia intestinal masiva con anastomosis íntegras. Exitus. Las pacientes de los casos 2 y 3 presentan una buena evolución clínica con reinstauración del tránsito intestinal.

Discusión: La fluorescencia con ICG aporta una mejor visualización de la vascularización intestinal en la IMA, y permite determinar los límites del tejido afecto para realizar resecciones ajustadas.