



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-059 - LINFADENECTOMÍA D3 Y ESCISIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON EN CÁNCER DE COLON DERECHO GUIADA POR VERDE DE INDOCIANINA

Trujillo-Díaz, Jeancarlos J.¹; Pérez-Corbal, Lara²; Alarcón del Agua, Isaías³; Licardie-Bolaños, Eugenio⁴; Senent-Boza, Ana³; López-Bernal, Francisco³; Socas-Macías, María³; Morales-Conde, Salvador³

¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid; ²Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ⁴Hospital Quiron Salud Sagrado Corazón, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Se ha demostrado que la escisión completa del mesocolon y la linfadenectomía D3 proporcionan mejores resultados oncológicos superiores y mayor supervivencia en pacientes con cáncer de colon derecho en estadios I-III. El drenaje linfático para tumores ubicados en el ángulo hepático puede variar y no ser tan claros. Por lo tanto, la visualización intraoperatoria del flujo linfático de esta área utilizando la fluorescencia con verde de indocianina (ICG) puede ser útil para identificar los vasos centrales apropiados que se van a disecar y para determinar el plano quirúrgico apropiado del mesenterio.

Caso clínico: Paciente varón de 46 años. Sin antecedentes patológicos ni cirugías previas. Historia de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, lo que motivó la realización de TC abdominal y colonoscopia, donde se visualiza tumoración no oclusivo de 5 cm cerca del ángulo hepático con histopatología de adenocarcinoma. TC: tumor de 5 cm localizado en colon transversal proximal con engrosamiento de la pared colónica y 2 ganglios sospechosos de malignidad en mesocolon, sin lesiones metastásicas a distancia. cT3N1M0, estadio-IIIB. Se planifica una colectomía derecha laparoscópica con escisión completa del mesocolon y linfadenectomía D3. La cirugía empieza identificando el tumor que se encuentra en colon transversal, cerca del ángulo hepático. Se introdujo un catéter conectado a una aguja y se procedió a inyectar ICG en la pared del colon (subserosa). Mientras el ICG fluye a través de los canales linfáticos empezamos la disección mediante un abordaje craneal y posteriormente con la movilización del ángulo hepático. Pasamos de un abordaje craneal a medio: la disección comienza justo por encima de la vena mesentérica superior, realizando una linfadenectomía cuidadosa a este nivel. Continuamos la disección de los vasos ileocólicos cambiando a modo ICG para intentar identificar los ganglios linfáticos en este punto. Continuamos la linfadenectomía sobre la vena mesentérica superior hasta el origen del tronco de Henle. Disecamos la vena cólica derecha seccionándola con Ligasure. La disección continúa medial a la vena mesentérica superior en busca de la arteria cólica media. En este nivel cambiamos a modo ICG para guiar la linfadenectomía. En este nivel, las imágenes de fluorescencia del ICG guiaron la linfadenectomía. Podemos observar algunos ganglios linfáticos alrededor de la rama izquierda de la arteria cólica media teñidos con ICG. Se realiza la linfadenectomía en el origen de la arteria cólica media y su rama izquierda, la rama derecha es seccionada con Ligasure. Finalmente, completamos la cirugía realizando una anastomosis íleo-cólica intracorpórea. El paciente presentó un íleo

paralítico posoperatorio sin otras complicaciones. Presentó una evolución satisfactoria, con mejoría del dolor abdominal, buena tolerancia oral y buen tránsito intestinal. Anatomía-patológica: adenocarcinoma pT3N1b (estadio IIIB).

Discusión: Una linfadenectomía óptima con escisión completa del mesocolon presenta un importante impacto en los resultados oncológicos tras la cirugía de cáncer de colon derecho. En los tumores localizados en el ángulo hepático, las imágenes que ofrece la fluorescencia con ICG puede mejorar el rendimiento de una linfadenectomía D3 más radical. La fluorescencia con ICG podría tener un papel importante en la determinación del correcto plano quirúrgico del mesenterio en la escisión completa del mesocolon.