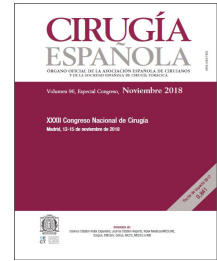




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-100 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA ESOFAGOGASTRECTOMÍA CON INTERPOSICIÓN COLÓNICA CON VALORACIÓN VASCULAR CON VERDE DE INDOCIANINA

Momblán García, Dulce; Turrado-Rodríguez, Víctor; Pena, Romina; Jiménez Lillo, Julio; Ibarzábal Olano, Ainitze; Almenara Santacristina, Raúl; de Lacy Fortuny, Antonio María

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: El tratamiento quirúrgico de las estenosis cicatriciales esofagogástricas secundarias a ingestión de cáusticos representa un reto para el equipo quirúrgico. El colon y el yeyuno son las plastias de elección en caso de que el estómago haya sido afectado. Pese a la introducción de las técnicas mínimamente invasivas, la reconstrucción suele ser realizada mediante el abordaje abierto convencional, habiéndose descrito pocos casos en los que la intervención haya sido asistida por laparoscopia. La reconstrucción con una plastia colónica aporta un injerto largo, con capacidad de reservorio y cierto grado de peristaltismo; sin embargo, el colon tiene una vascularización compleja. La evaluación de dicha vascularización se realiza habitualmente mediante palpación directa. La introducción en los últimos años de la angiografía mediante verde de indocianina (ICG) puede permitir valorar la vascularización de la coloplastia mediante laparoscopia.

Caso clínico: Mujer de 43 años con causticación y estenosis esofagogástrica por intento autolítico, portadora de yeyunostomía de alimentación. Se realizó la reconstrucción del tránsito intestinal mediante esofagogastrectomía y coloplastia mínimamente invasiva. Toracoscopia: decúbito prono, tres trócares y neumotórax de 7 mmHg. Se realiza una disección desde el hiato hasta el estrecho torácico superior y ligadura de la vena ácigos. Laparoscopia: decúbito supino con piernas en abducción. Se realiza una gastrectomía total con omentectomía. Se procede a la movilización colónica con descenso de ambos ángulos colónicos. Tras la individualización de las arterias ileocólica, cólica media con sus ramas derecha, media e izquierda y arteria cólica izquierda, se procede al clampaje de las arterias cólica derecha, rama derecha de la cólica media y cólica izquierda para valorar la arcada vascular. Se realiza angiografía utilizando 3 mg de ICG por un acceso venoso central. Tras ello se realiza una coloplastia antiperistáltica dependiente de la arteria cólica media con sección de la rama derecha de la misma. Se secciona el colon ascendente y el ángulo esplénico, preservando la arcada marginal. Se realiza una anastomosis latero-lateral coloyeyunal y una laterolateral mecánica entre el colon ascendente y el descendente. Cervicotomía: tras la disección y tracción del esófago cervical se extrae la pieza bajo control laparoscópico para una correcta orientación de la plastia. Se evalúa la vascularización con ICG del extremo distal de la coloplastia antes de la anastomosis mecánica latero-lateral esófago-colónica y posteriormente a la misma. El tiempo operatorio fue de 8 horas. No hubo complicaciones intraoperatorias. La estancia hospitalaria fue de 16 días.

Discusión: La reconstrucción del tránsito intestinal con coloplastia tras la esofagogastrectomía es una intervención técnicamente demandante que se realiza de forma convencional mediante un abordaje abierto. La introducción de la angiografía mediante ICG permite realizar esta técnica de forma mínimamente invasiva de forma segura. Además de disminuir el riesgo de complicaciones secundarias a una deficiente irrigación de la plastia, este abordaje mínimamente invasivo asocia las ventajas ya conocidas de la laparoscopia.