



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-018 - RESECCIÓN HEPÁTICA GUIADA POR VERDE DE INDOCIANINA: NUEVOS CAMINOS EN CIRUGÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA

Sánchez Pérez, Belinda; Gutiérrez, Pilar; León, Francisco Javier; Pitarch, María; Cabaño, Daniel; Fernández, José Luís; Pérez, José Antonio; Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La utilización del verde de indocianina (IGC) en el campo de la cirugía hepática parece ofertar, una adecuada delimitación de las regiones anatómicas hepáticas y un aumento en la detección de lesiones neoplásicas, fundamentalmente dentro del primer centímetro hepático.

Objetivos: Confirmar mediante una experiencia inicial si la utilización de verde de indocianina junto con la ecografía intraoperatoria aumenta la detección de lesiones neoplásicas a nivel hepático y nos permite delimitar adecuadamente el parénquima a reseca o la línea de transección hepática.

Métodos: Presentamos un estudio prospectivo de carácter descriptivo, desde enero - abril 2018. Incluimos 14 resecciones hepáticas laparoscópicas realizadas por patología maligna: metástasis o hepatocarcinoma. 11 pacientes recibieron una dosis de ICG de 0,25 mg/kg entre 16-72 horas previas a la cirugía, uno 7 días previos a la misma y en dos ocasiones se administró una dosis bolo intraoperatoriamente (i.o.). Se estudiaron como variables: edad, sexo, etiología, QT preoperatoria, BMI, ASA, nº de lesiones preoperatorias (TAC/RNM/PET), nº de lesiones detectadas por ICG/ECO io, tipo de resección hepática, transfusión, morbimortalidad, estancia post operatoria, borde de transección.

Resultados: En la serie predominó el sexo masculino (85%). La edad media fue 64 (r: 42-79). Respecto al diagnóstico preoperatorio el 100% se les realizó un TAC y al 50% RNM. La etiología fue 57% metastásica, 29% CHC y 14% colangiocarcinoma. Todos los pacientes cirróticos eran CHILD A/B. El 50% de los metastásicos recibieron QT preoperatoria. Se realizaron 43% RH Mayores. No hubo complicaciones Clavien III ni mortalidad. Dos de los pacientes fueron excluidos del estudio por hallazgos de carcinomatosis y metástasis múltiples bilaterales irresecables. En los 9 pacientes administrado entre 24-72 horas, el ICG nos permitió localizar la lesión bien en superficie o durante la realización de la línea de transección en 89% de los casos, modificando la misma si eso fuera necesario. No pudimos localizar la lesión en un paciente cirrótico que se administró el ICG a 16 h de la cirugía y el lavado hepático no existía. El paciente que recibió ICG a 7 días antes de la cirugía, solo nos permitió identificar la lesión cuando ya estaba la resección prácticamente completada, a pesar de estar en superficie. En los otros dos casos usados i.o. nos delimitó la zona hepática a reseca tras el clampaje vascular adecuado. No hallamos lesiones NO visualizadas en el TAC, sin embargo, dos lesiones sospechosas no captaron ICG i.o., fueron reseca y se confirmó benignidad

en la anatomía patológica.

Conclusiones: La utilización del IGC en resecciones hepáticas laparoscópicas, puede ayudarnos a identificar lesiones no visibles, diferenciar lesiones no patológicas e indicarnos con seguridad una adecuada línea de transección hepática.