



O-105 - LA INFLUENCIA DE LA FLUORESCENCIA EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL: CAMBIO DE ACTITUD Y MORBILIDAD

Morales Conde, Salvador; Camacho Marente, Violeta; Sucas Macías, María; Yang, Tao; Alarcón del Agua, Isaías; Sánchez, María; Bellido, Juan; Barranco Moreno, Antonio

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La patología del colon y recto, ya sea benigna o maligna es una patología frecuente y no exenta de complicaciones quirúrgicas, siendo la más temida por todos los cirujanos la dehiscencia anastomótica. Es por ello que el éxito del tratamiento quirúrgico precise de la detección durante el preoperatorio de los posibles factores de riesgo del paciente que puedan determinar un posible fracaso de la misma y de un exquisito control intraoperatorio para detectar posibles problemas técnicos que puedan poner en riesgo la anastomosis, aumentando con ello la morbimortalidad durante el proceso asistencial. Si nos centramos en los factores técnicos, la tensión durante la realización de la anastomosis puede ser identificada objetivamente durante el acto quirúrgico, mientras que la falta de la vascularización es evaluada de forma grosera por el cirujano. La introducción de la fluorescencia en la cirugía del colon y el recto puede suponer una mejora en la detección de un insuficiente flujo vascular durante la realización de la anastomosis, lo que permitiría aportar objetividad a la evaluación y disminuir así el número de dehiscencias asociadas a este factor de riesgo.

Métodos: 112 pacientes fueron sometidos a cirugía colorrectal laparoscópica realizándose una anastomosis colorrectal, ileorrectal o ileocólica. Tras la disección, realizamos el marcaje de la hipotética línea de transección basándonos en nuestra percepción visual. Posteriormente administramos vía intravenosa ICG para determinar si la transección definida por la sustancia es la misma que la previamente determinada por el cirujano. Analizamos el tiempo transcurrido hasta que la sustancia llega al tejido tras su infusión, el cambio de actitud previo a la realización de la sutura y el número de fugas anastomóticas.

Resultados: Se interviniieron 112 pacientes, 41 hemicolectomías derechas, 48 hemicolectomías izquierdas, 12 resecciones anteriores bajas, 10 resecciones ultrabajas y una colectomía subtotal. En un 18,9% de los casos la línea de transección obligó a cambiar de actitud tras la administración del ICG. El porcentaje global de fugas anastomóticas fue del 4,5%, analizándolas por grupos, el porcentaje de fugas fue del 4,8% en las hemicolectomías derechas, 0% en las izquierdas, 13% en las RAB- RAUB. Todas se trataron de manera conservadora, salvo un caso que precisó reintervención y realización de ileostomía terminal.

Conclusiones: La tasa de dehiscencia anastomótica en la cirugía colorrectal podría disminuir con ayuda de la ICG, permitiendo detectar la correcta línea de transección antes de realizar la anastomosis. Es necesario esclarecer en un futuro aspectos como el retardo en la perfusión y la cuantificación del ICG con nuevos estudios que aporten nuevas evidencias en cuanto a su utilidad en este tipo de cirugía.