



V-001 - NUEVAS CONTRIBUCIONES DEL ICG A LA CIRUGÍA RECTAL: LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LATERAL E ILEOSTOMÍA FANTASMA

Morales-Conde, Salvador¹; Licardie-Bolaños, Eugenio²; Yang, Tao¹; García-Fernández, Noelia¹; Sánchez-Ramírez, María³; Balla, Andrea¹; Alarcón del Agua, Isaías¹

¹Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva, Servicio de Cirugía de Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ²Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ³Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Describir y evaluar las nuevas contribuciones y ventajas de la fluorescencia de ICG al realizar una disección y linfadenectomía pélvica bilateral guiada, en un paciente intervenido por una neoplasia de recto. También presentamos las recomendaciones para evitar una ileostomía durante una cirugía de recto para lo cual el ICG y la ileostomía fantasma juegan un papel fundamental.

Métodos: Varón de 68 años, consulta por dolor abdominal y cambios en el hábito intestinal. La colonoscopia evidencia una masa rectal no obstructiva en recto medio, con biopsia de adenocarcinoma. La TC y RMN evidencian un pólipo de 63 × 32 mm en la pared anterior rectal a 7 cm del margen anal. Sin adenopatías o enfermedad metastásica. Ecoendocopia: (T3N0). Inyectamos ICG vía transanal peritumoral previo a la intervención. Se realiza resección ultra-baja laparoscópica más linfadenectomía lateral guiada por ICG con escisión total mesorectal. Movilización completa del ángulo esplénico para lograr una anastomosis sin tensión. La línea de sección del recto fue valorada tras inyección intravenosa de ICG. Realizamos linfadenectomía lateral guiada por ICG, posterior a la disección rectal. Se realiza anastomosis latero-terminal y se referencia el íleon distal con *vessel-loop* para crear la ileostomía fantasma. Solicitamos controles seriados de PCR para identificar una fuga temprana.

Resultados: La biopsia reportó adenocarcinoma rectal. Los resultados de la linfadenectomía fueron: 2 ganglios negativos de la disección lateral derecha, 2 ganglios negativos de la lateral izquierda y 10 ganglios negativos de la pieza rectosigmoidea. Estadio T2N0M0. Alta hospitalaria al séptimo día postoperatorio, sin complicaciones.

Conclusiones: En nuestra experiencia las imágenes de fluorescencia de ICG ofrecen importantes contribuciones a la cirugía rectal más allá de valorar la irrigación de la anastomosis. El mapeo linfático de los ganglios laterales en tumores de recto T3-T4 y evitar una ileostomía de rutina en paciente sometidos a una resección anterior, podrían ser potencialmente importantes en un futuro cercano. Es necesario realizar estudios más grandes y con criterios de selección definidos para pacientes en los que se podría realizar estas técnicas.