



O-165 - VALORACIÓN DE LA SEGURIDAD DE ANASTOMOSIS COLORRECTAL MEDIANTE FLUORESCENCIA ICG Y ENDOSCOPIA FLEXIBLE (COLOSSEUM): UNA ENCUESTA GLOBAL REALIZADA A 1367 CIRUJANOS

Licardie, Eugenio¹; Hardom, Sem²; Belvedere, Angela³; Sochorova, Dana⁴; Chand, Manish⁵; Perretta, Silvana⁶; Wexner, Steven⁷; Morales-Conde, Salvador¹

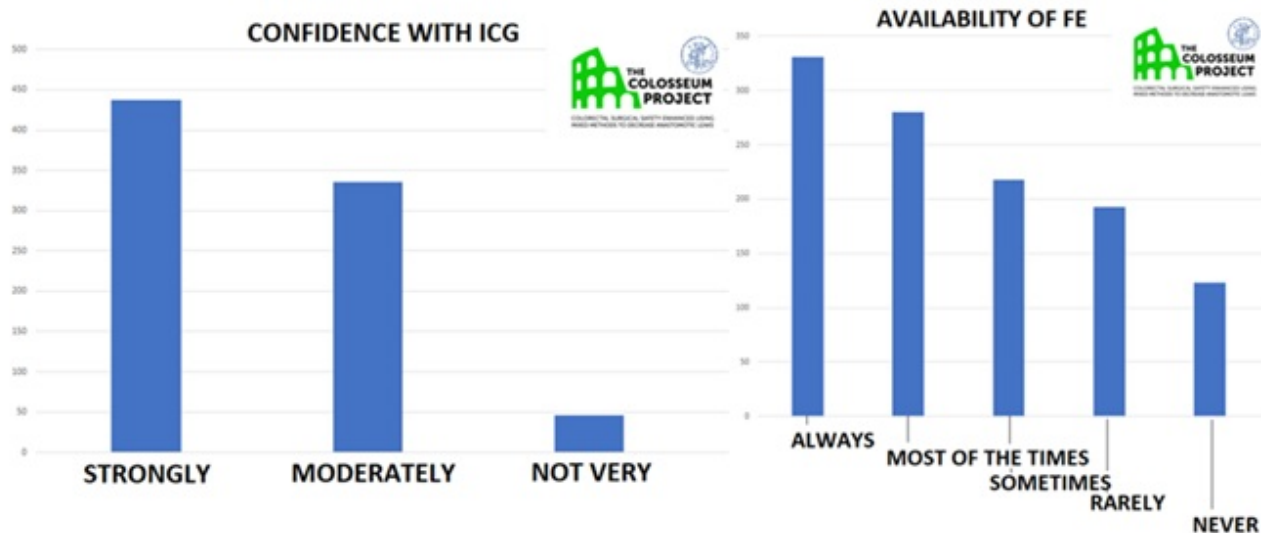
¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ²Amsterdam UMC, Ámsterdam; ³Policlinico de Sant'Orsola, Bologna; ⁴Hospital Universitario Brno, Brno; ⁵University College London Hospital, Londres; ⁶NHC University Hospital, Estrasburgo; ⁷Cleveland Clinic, Weston, Fl.

Resumen

Introducción: La fuga anastomótica sigue siendo una de las complicaciones más importantes tras la cirugía colorrectal. Se han desarrollado diversas técnicas para evaluar la perfusión y la calidad de la anastomosis. El verde de indocianina (ICG) muestra el estado de la perfusión en tiempo real y la endoscopia flexible (EF) se realiza para examinar la mucosa en el lugar de la anastomosis. Nuestro objetivo es presentar una visión general de la práctica diaria y de las diferentes prácticas de los cirujanos, con el fin de ofrecer recomendaciones bien estructuradas.

Objetivos: Este proyecto se ha realizado dentro de la 'Rising Stars Academy' de la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica (EAES), que es un programa que se ha desarrollado para cirujanos y residentes de cirugía menores de 40 años. Consiste en un año de sesiones de habilidades no quirúrgicas, dividiendo en varios grupos y al finalizar dicho curso se realiza un proyecto de investigación, con la ayuda de los 'mentores'.

Métodos: En un estudio tipo Delphi con 72 preguntas sobre la evaluación de la seguridad y la integridad de la anastomosis colorrectal general, se elaboró un documento basado en la experiencia. Se abordó la información general sobre los cirujanos y sus equipos, el uso de ICG y la EF en la práctica diaria de la cirugía colorrectal. Completaron la encuesta 1.367 personas de 83 países. La edad media era de 42 años (± 10 DE). De ellos, el 86% eran cirujanos y el 14% residentes (14%). Las principales subespecialidades eran cirugía general ($n = 972$), colorrectal ($n = 780$) y de la pared abdominal ($n = 226$). De ellos, 949 (73%) cirujanos disponen de ICG en su centro, y 833 (64%) la utilizan durante la cirugía colorrectal. La confianza se presenta en la figura. Se utiliza antes de la transección (30%), después de la división (4%), antes de la anastomosis (15%), después de la anastomosis (10%), o bien antes y después (29%). Se administró una dosis única en el 71%, y una dosis en función del peso en el 29%. La EF es realizada por 619/1.216 cirujanos (51%), y 279/1.217 (23%) cirujanos la utilizan de forma rutinaria en cirugía colorrectal. Las principales barreras para su uso fueron: solo realizada por gastroenterólogos (28%), uso de otras técnicas (20%) y falta de formación (19%). Hubo una gran variabilidad en el uso rutinario (fig. 2).



Conclusiones: Esta encuesta reveló una importante disparidad en el uso de la ICG y la EF en cirugía colorrectal. El ICG parece estar mejor instaurado que la EF, pero para ambos existe una gran variedad en cuanto a indicaciones, protocolos, tiempos y confianza en su uso. La formación debería mejorarse y podría ser un área de interés para los programas formativos de las distintas sociedades científicas. Está previsto un trabajo prospectivo partiendo de esta base.