



V-106 - IMPACTO DEL ICG EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE VASCULARIZACIÓN ARTERIAL Y RETORNO VENOSO DURANTE LA HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA

Rubio Castellanos; Cristina¹; Hurtado De Rojas Grau; Cristina¹; Balla; Andrea¹; Guarnieri; Elena¹; Navarro-Morales; Laura²; Licardie; Eugenio¹; Gómez-Rosado; Juan Carlos¹; Morales-Conde; Salvador¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ²Clínica USP Sagrado Corazón, Sevilla.

Resumen

Introducción: La fluorescencia con verde de indocianina (ICG) es útil para la identificación de estructuras anatómicas, como la vía biliar, observar la vascularización de tejidos, identificación de tumores y ganglio centinela y mapeo linfático de tumores, así como otras indicaciones en desarrollo. El mejor momento para valorar la vascularización para realizar una anastomosis en cirugía colorrectal es la primera llegada del colorante al realizar angiografía de fluorescencia con ICG. Sin embargo, a parte de la evaluación arterial, esta técnica permite evaluar de forma indirecta el retorno venoso del colon, que puede influir también en la viabilidad de una anastomosis o en el desarrollo de una fuga posterior. En este vídeo presentamos un caso en el que la fluorescencia con ICG ayuda a modificar la sección de la pieza dos veces, una en base a la evaluación arterial y otra en base al retorno venoso.

Caso clínico: Paciente mujer de 67 años sin antecedentes de interés, estudiada por estreñimiento crónico. Se realiza colonoscopia observándose lesión estenosante a 35 cm del margen anal (biopsia: adenocarcinoma). En la TC toraco-abdominal se observan micronódulos pulmonares indeterminados y cambios inflamatorios con engrosamiento del colon sigmoideo. Se decide realizar hemicolectomía izquierda laparoscópica guiada por fluorescencia. Se realiza una preparación mecánica deficiente del colon debido al cuadro pseudoclusivo que presenta debido a la estenosis existente. Una vez movilizado el colon y realizada la sección venosa y arterial, se procede a la infusión intravenosa de ICG, detectando el déficit de la llegada del mismo por fallo distal de la vascularización arterial, siendo preciso un primer cambio de corte de 5 cm proximal con respecto donde se iba a realizar la sección. Tras unos minutos, se observa que existe un lavado de ICG del colon quedando en los 10 cm distales un marcado aumento de la retención del ICG, lo que queda remarcado con una nueva infusión de ICG y la espera de un nuevo lavado de este, interpretándose como un déficit del retorno venoso, por lo que se decide realizar un nuevo cambio del lugar de la sección. Tras esto se realiza la anastomosis sin incidencias. La paciente presentó un postoperatorio favorable, siendo dada de alta al 5.º día postoperatorio.

Discusión: La fluorescencia con ICG permite valorar la vascularización cuando vamos a realizar una anastomosis. Generalmente, valoramos el tiempo de llegada del ICG a la región a anastomosar y la captación que presenta, valorando así la zona que presenta mayor viabilidad para realizar la

anastomosis. Una vez que los vasos y los tejidos están teñidos, el realce dura unos 5 minutos, si realizamos una segunda visualización tras este tiempo podremos evaluar el retorno venoso, puesto que aquellos tejidos con obstrucción de este sistema continuarán presentando realce de la fluorescencia como se muestra en este caso, mientras que el tejido viable habrá lavado el ICG. Actualmente necesitamos estudios que respalden estos hallazgos para valorar el impacto real de la obstrucción del retorno venoso sobre la anastomosis, posibilitando la cuantificación del ICG en el futuro esta valoración.