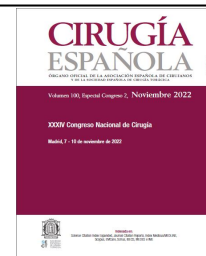




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

OR-045 - VALOR CLÍNICO DEL USO DE LA ANGIOGRAFÍA DE FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA (ICG) EN CIRUGÍA COLORRECTAL

Licardie, Eugenio¹; Navarro, Laura²; Bellido, Araceli²; Alarcón, Isaias³; Bellido, Juan⁴; Tejada, Antonio²; Gómez-Menchero, Julio⁵; Morales-Conde, Salvador³

¹Hospital Infanta Elena, Quironsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ²Quironsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Quironsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ⁴Hospital Universitario Virgen Macarena, Quironsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ⁵Hospital Río Tinto, Quironsalud Sagrado Corazón, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Las fugas anastomóticas (FA) continúan siendo de las complicaciones más importantes en cirugía colorrectal. Esta complicación está usualmente relacionada con el tipo y altura de resección, las comorbilidades y la técnica quirúrgica, en donde la tensión y el riego sanguíneo son importantes. La angiografía de fluorescencia con verde de indocianina (AF-ICG) parecer ser útil para valorar la vascularización en los márgenes de resección. El objetivo de este estudio es valorar la importancia clínica de la AF-ICG en relación a que cuándo se cambia la línea de sección inicialmente marcada, el índice de fugas.

Métodos: Recogimos los datos de 343 intervenciones colorrectales realizadas por el mismo cirujano utilizando AF-ICG para valorar la irrigación de la anastomosis. Previo a realizar AF-ICG se suele marcar el sitio dónde se realizaría la sección del colon basados en varios aspectos tales como la coloración del colon, la experiencia del cirujano, etc. Posteriormente se compara con el sitio marcado por el ICG en la zona que se marca con la primera llegada del colorante.

Resultados: En los 343 casos se realizó abordaje laparoscópico: 128 hemicolectomías izquierdas (HI), 119 hemicolectomías derechas (HD), 29 Resecciones segmentarias de ángulo esplénico y colon transversal (RS), 67 anastomosis a recto, de las cuales fueron 31 resecciones anteriores bajas con escisión mesorrectal parcial (RAB) y 36 Resecciones anteriores ultrabajas con escisión mesorrectal total (RAUB). En la tabla se describe la relación entre el tipo de intervención, el porcentaje de cambio en la línea de sección (CLS) y el número de fugas de cada tipo de intervención. De las 7 fugas documentadas hubo un cambio en la línea de sección inicialmente marcada en 3 casos (1 RAUB y 2 HI), de estos pacientes solamente fue necesario reintervenir un caso de una RS de ángulo esplénico al que se realizó lavado y reanastomosis mediante abordaje mínimamente invasivo (Clavien-Dindo IIb), el resto de los pacientes fueron manejados conservadoramente (6 pacientes C-D II). De los pacientes con FA, al 43% se realizó CLS; sin embargo, de 60 casos en total en los que se realizó CLS solamente un 5% presentó FA.

	Casos	CLS	Fugas
HI	128	35 (27,3%)	2 (1,6%)

HD	119	6 (5,1%)	2 (1,7%)
RS	29	4 (13,7%)	1 (4%)
Recto	67	18 (26,9%)	2 (3,4%)
RAB	31	6	0
RAUB	36	8	2
Total	343	63 (18,3%)	7 (2,04%)

Conclusiones: La AF-ICG como herramienta adicional para tratar de reducir el número de FA parece tener más valor en intervenciones que involucran al colon izquierdo, seguido de el recto, ya que es en dónde hemos observado un mayor porcentaje de CLS, esto podría explicarse por la arcada de Riolano y la variabilidad de la anatomía vascular. Lógicamente se necesitan más estudios prospectivos y aleatorizados con numerosas muestras de pacientes para sacar conclusiones definitivas sobre el uso y modo de empleo de la AF-ICG para valorar la perfusión de tejidos en las anastomosis en cirugía general.