



## P-338 - ¿EN DÓNDE TIENE MÁS VALOR LA ANGIOGRAFÍA DE FLUORESCENCIA CON ICG EN CIRUGÍA COLORRECTAL?

Licardie-Bolaños, Eugenio<sup>1</sup>; Alarcón-del Agua, Isaías<sup>2</sup>; Camacho, Violeta<sup>2</sup>; Yang, Tao<sup>2</sup>; Sánchez-Ramírez, María<sup>3</sup>; Balla, Andrea<sup>2</sup>; Morales-Conde, Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; <sup>2</sup>Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva del Servicio de Cirugía de Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, 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 es lo más importante. La angiografía de fluorescencia con verde de indocianina (AFICG) parecer ser útil para valorar la vascularización en los márgenes de resección.

**Métodos:** Recogimos datos de 192 intervenciones colorrectales realizadas por el mismo cirujano utilizando AFICG para valorar la irrigación de la anastomosis. Para definir en qué tipo de procedimiento colorrectal tiene más valor utilizarla analizamos el tipo de cirugía realizada, el porcentaje de cambio en el margen de resección y el número de FA.

**Resultados:** Los 192 casos fueron abordaje laparoscópico: 67 hemicolectomías derechas (Grupo A), 9 resección de ángulo esplénico (Grupo B), 81 hemicolectomías izquierdas (Grupo C), 14 resecciones anteriores bajas con escisión mesorectal parcial y 21 resecciones anteriores ultra-bajas con escisión mesorectal total (GrupoD). Hubo un cambio en la línea de sección (CLS) en 4 del Grupo A (6%), 1 del Grupo B (11,1%), en 21 del Grupo C (27,2%), y 10 en anastomosis rectales (Grupo D). En relación con FA encontramos el Grupo C (1,2%), el Grupo A (3%) y 5,7% en procedimientos del Grupo D. Los Grupos B, C y D mostraron más CLS y menos FA, mientras que los del Grupo A mostraron menos CLS y más FA.

Características de los pacientes que han tenido FA

Patient	Group	Sex	Age, years	BMI, kg/m <sup>2</sup>	Comorbiditys	ASA grade	Indication to surgery	n-therapy	Change of section line level (cm)	IC anastomosis	Ileostomy	Operating time, minutes	Clavien-Dindo grade	Hospital stay, days
26	A	M	57	27,7	-	I	Giant polyp	-	-	Side-to-side	No	90	III-a	5
48	C	M	61	33,1	Hypertension, DM	II	Adenocarcinoma	-	25	End-to-end	No	120	I	43
73	D2	M	70	29	-	II	Adenocarcinoma	-	2	Side-to-end	No	180	I	15
99	A	F	77	24,1	Hypertension	III	Giant polyp	-	3	Side-to-side	No	130	III-b	89

148 D2 M 66 26,8 Hipertensio n, DM II Adenocarcino ma CRT - Side-to-end Ghost 170 III-a 41

M: male; F: female; BMI: body mass index; ASA: American Society of Anesthesiologists; n-therapy: neoadjuvant therapy; CRT: chemo-radiotherapy; IC: intracorporeal; DM: diabetes mellitus.

**Conclusiones:** La AFICG como herramienta adicional para tratar de reducir el número de FA parece tener más valor en intervenciones que involucran al colon izquierdo, seguido del recto, ya que es en dónde hemos observado un mayor número de CLS, esto podría explicarse por la arcada de Rioloano y la variabilidad de la anatomía vascular. La AF es una técnica prometedora para reducir la FA, sin embargo creemos que es una línea de investigación que debe desarrollarse con estudios más largos y grandes, para poder tener resultados más significativos.