



V-014 - LINFADENECTOMÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA DE VERDE DE INDOCIANINA (ICG) EN CIRUGÍA RECTAL, RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA POR LAPAROSCOPIA CON ILEOSTOMÍA FANTASMA

Licardie, Eugenio¹; Alarcón, Isaias²; Sánchez-Ramírez, María³; Morales-Conde, Salvador²

¹Quironsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ³Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Describir y evaluar las nuevas aportaciones y las eventuales ventajas de la fluorescencia ICG para realizar una disección ganglionar guiada por ICG en un paciente sometido a una resección anterior ultrabaja por carcinoma de recto. También presentamos los pasos básicos para evitar una ileostomía durante una cirugía rectal en la que el ICG y la ileostomía fantasma desempeñan un papel importante.

Caso clínico: Paciente varón de 53 años derivado a nuestro hospital por historia de sangrado rectal, al que se le extirpa un pólipo en el recto distal, con biopsia de tumor neuroendocrino G1 que afecta a la mucosa y submucosa y contacta con el margen basal. La TC y la RMN informaron de una zona hipodensa en la que se distinguen las distintas capas de la pared del recto inferior en el margen lateral izquierdo, lo que sugiere enfermedad a ese nivel. Un ganglio linfático lateral izquierdo irregular de 11 mm en el tejido mesorrectal. La gammagrafía informó de una lesión en el mesorrecto compatible con afectación tumoral. Se inyectó ICG alrededor del tumor introduciendo un anoscopio, un día antes de la cirugía. Se realiza una resección anterior ultrabaja por laparoscopia así como una linfadenectomía guiada por ICG con escisión total del mesorrecto. Se realizó una movilización completa del ángulo esplénico para conseguir de forma segura realizar una anastomosis sin tensión. Se comprobó la línea de sección del recto proximal después de administrar ICG por vía intravenosa. Tras la disección del recto, se realizó la linfadenectomía asistida por ICG. Se puede observar que el ICG marca el mesorrecto en el territorio de la arteria rectal superior. También se observa una adenopatía paraaórtica izquierda, que se disecciona y se envía para su estudio por separado. Se realizó una anastomosis de extremo a extremo. Y se pasó un bucle vascular alrededor del íleon terminal para crear una ileostomía fantasma. Se monitorizó la proteína C reactiva para identificar una fuga inicial. El paciente fue dado de alta en el día 8 del posoperatorio y no se detectó ninguna complicación. La biopsia informó de la presencia de tejido tumoral neuroendocrino en la zona de la cicatriz. El estudio anatomopatológico de la adenopatía sospechosa informó de metástasis de tumor neuroendocrino bien diferenciado.

Discusión: En nuestra experiencia, el uso de los sistemas de imágenes de fluorescencia ICG ofrece importantes contribuciones a la cirugía rectal más allá de la evaluación del aporte sanguíneo a la anastomosis. El mapeo guiado por ICG de los ganglios linfáticos y la posibilidad de evitar la

ileostomía de rutina, podría ser un uso importante en un futuro próximo. Se necesitan estudios más amplios y evaluaciones más específicas para confirmar su papel en la cirugía colorrectal y encontrar sus limitaciones.