



VC-113 - VISUALIZACIÓN MEJORADA DE LA LINFADENECTOMÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA DE VERDE DE INDOCIANINA (ICG) EN CIRUGÍA RECTAL: PRESENTE Y FUTURO

Navarro-Morales, Laura¹; Morales-Conde, Salvador²; Licardie-Bolaños, Eugenio³; Moreno-Suero, Francisco⁴; Valdés-Hernández, Javier²; Gómez-Rosado, Juan Carlos²

¹Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; ⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El uso de ICG en la detección intraoperatoria de ganglios linfáticos en cáncer colorrectal, puede utilizarse tanto para detectar el ganglio centinela como para realizar un rapeo linfático durante la linfadenectomía. Varios estudios han concluido que la fluorescencia con ICG proporciona información valiosa para detectar los ganglios linfáticos de drenaje en cirugía colorrectal, pudiendo incluso cambiar la estrategia quirúrgica en algunos casos gracias a esta información. El nuevo diseño de una imagen con una delimitación más clara de la señal de fluorescencia mejora la visualización de la anatomía y la perfusión crítica. El objetivo es presentar los beneficios de una imagen mejorada en un caso de mapeo linfático de la pared pélvica lateral en cáncer de recto bajo, pudiendo guiar la linfadenectomía extendida si fuese el caso.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 77 años de edad, HTA sin otro antecedente de interés, que ante la presencia de sangre en heces se realiza colonoscopia poniendo de manifiesto un Ca de recto a 3 cm del margen anal. RMN compatible con T2N0 y resto de estudio de extensión negativo. Se decide resección anterior de recto ultrabaja vs. amputación abdominoperineal. Se realiza resección anterior de recto ultrabaja + ileostomía fantasma más linfadenectomía guiada por ICG con escisión mesorrectal total. Con el paciente en decúbito supino se inicia neumoperitoneo en hipocondrio izquierdo a 14 mm. Se colocan 5 trócares (vídeos) y se explora la cavidad hallando: lesión en recto bajo y el resto de la cavidad sin aparente enfermedad diseminada. Se procede a la ligadura de la vena mesentérica inferior, descenso del ángulo esplénico desde medial siguiendo el recorrido del páncreas, para una posterior anastomosis sin tensión y segura. Se expone la raíz del meso-sigma identificando la arteria ilíaca izquierda, uréter y vasos gonadales. Identificación de la arteria mesenterio inferior y seccionándola en su base, y completando finalmente la desparietalización del colon descendente. Posteriormente se diseña el recto hasta la pelvis extirpando totalmente el mesorrecto, que se secciona. La línea de sección transversal del recto proximal se comprobó después de la inyección intravenosa de ICG. Se inyectó ICG alrededor del tumor mediante la inserción de un anoscopio, un día antes de la cirugía. Se puede observar que el ICG marca el mesorrecto en el territorio de la arteria rectal superior. Se realizó una anastomosis terminolateral. Y se pasó un asa 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 al octavo día del posoperatorio y no se detectó ninguna complicación. La biopsia informó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado e infiltrante, 12 ganglios linfáticos con ausencia de metástasis, y bordes de resección libres (pT2n0).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el sistema de imágenes de fluorescencia ICG ofrece contribuciones importantes a la cirugía rectal, la mejora en la calidad de las imágenes refuerza aún más dicha información, pudiendo incluso mejorar la interpretación del mapeo linfático de los ganglios y evitar en algunos casos la ileostomía en un futuro.