



O-066 - RESECCIÓN COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA CON EXTRACCIÓN TRANSANAL. ESTUDIO EN FASE IIS

J.I. Rodríguez García¹, S. Moral Álvarez¹, A. Llana Folgueras², P. Lora Cumplido¹, C. Álvarez Laso¹, Y. Díaz Solís¹, H. Padín Álvarez¹, A. Carrocera Cabal¹, G. Carreño¹ y R. Rodríguez¹

¹Hospital de Cabueñes, Gijón. ²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: La técnica laparoscópica que se ha consolidado ya como de elección para realizar resecciones colorrectales requiere una minilaparotomía para la extracción del espécimen. Esta incisión produce dolor y añade morbilidad a la técnica: infección de herida quirúrgica y eventraciones. Se presenta un análisis descriptivo prospectivo del desarrollo de la técnica quirúrgica laparoscópica para resección colorrectal utilizando el recto y/o canal anal como vía de extracción del espécimen.

Métodos: Desde octubre de 2009 hasta abril de 2014, en 2 hospitales docentes, se realizó una resección colorrectal mediante abordaje laparoscópico y extracción de espécimen a través del recto y/o canal anal a 29 pacientes (19 mujeres y 10 hombres), de mediana de edad: 63 años (rango: 22-87). El tamaño estimado de la lesión no superaba los 3 cm de diámetro. En 12 de los mismos se usó algún método de protección del muñón rectal (7 casos mediante el dispositivo TEO-Storz, 5 casos con Alexis[®]-Applied Medical y 1 caso mediante bolsa). En 8 casos se utilizaron dispositivos para resección endoscópica transanal (6 Glove-port y 2 Gel Point Path[®]-Applied Medical) Se evaluaron: Indicaciones, tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, la idoneidad de las piezas quirúrgicas, la recuperación del paciente, tiempo de hospitalización y morbimortalidad.

Resultados: Se intervinieron 18 cánceres colorrectales, 4 pólipos, 2 diverticulosis, 2 PAF, 2 colitis ulcerosas y un dolicosigma-vólvulo. Se realizaron 10 sigmoidectomías, 9 proctectomías, 7 resecciones anteriores de recto, y 3 colectomías totales. Como incidencias intraoperatorias señalar 2 aperturas del muñón rectal y una lesión uretral que no requirió sutura. No conversiones. El tiempo medio operatorio fue de 170 min (100-300). La tolerancia oral y el tránsito digestivo (heces o gases) tuvieron una mediana y moda de 2 días. En las piezas oncológicas el número de ganglios fue superior a 12 en todos los casos. La estancia media postoperatoria fue de 11 días (rango: 4-42). Durante el postoperatorio se registraron 3 dehiscencias coloanales, con 2 reintervenciones, 3 íleos y un absceso intrabdominal que necesitó drenaje transrectal. En un caso afectación del borde distal. Mortalidad: 2 pacientes, por SIRS y neumonía por broncoaspiración. Sólo en un caso de anastomosis coloanal se constató alteración en la función esfinteriana con Wexner por encima de 10.

Conclusiones: Aunque la experiencia en el uso de esta cirugía combinada de laparoscopia colorrectal con extracción del espécimen transanal aún es limitada, nuestros resultados indican que es una técnica reproducible, segura y de calidad oncológica en pacientes seleccionados con lesiones

de pequeño tamaño situadas en colon izquierdo-recto.