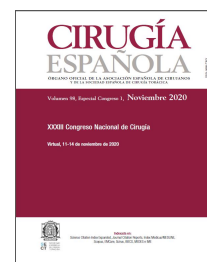




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-174 - RESECCIÓN SIGMOIDEA Y EXTRACCIÓN DE PIEZA VÍA TRANSANAL (TÉCNICA NOSE): EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO Y RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

Zanfaño Palacios, Jesús; Reoyo Pascual, José Felipe; Santos González, Jorge Félix; López Rodríguez, Beatriz; Cabriada García, Guillermo; González Prado, Cristina; Álvarez Llamas, Irene; Sánchez Manuel, Francisco Javier

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: La resección rectosigmoidea por vía laparoscópica es una técnica quirúrgica que ha demostrado gran seguridad y beneficios tanto oncológicos como en términos de morbilidad. Esta técnica unida a la extracción de la pieza por vía natural (técnica NOSE), desarrollada en los últimos años, permite minimizar las complicaciones y disminuir la agresión quirúrgica a nivel de la pared abdominal. Se trata de una técnica factible y adecuada para tumores de pequeño tamaño y patología benigna que permite una pronta recuperación y disminuye los riesgos de la cirugía colorrectal abierta.

Métodos: Presentamos la experiencia en nuestro centro de la cirugía colorrectal mínimamente invasiva con extracción de la pieza quirúrgica vía transanal (técnica NOSE) en una serie de pacientes intervenidos durante los últimos siete años. Presentamos una serie de 30 pacientes intervenidos entre febrero de 2013 y febrero de 2020. De estos casos 18 han sido varones y 12 mujeres. En todos los casos se realiza resección vía laparoscópica rectosigmoidea con anastomosis término-terminal. Los criterios de inclusión fueron neoplasias de pequeño tamaño y patología benigna en pacientes que no presentan estenosis anal; los pacientes presentan escasas comorbilidades. No es una técnica aplicable a tumores de gran tamaño o invasivos.

Resultados: En nuestra serie todas las intervenciones se realizaron sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, completando la extracción de la pieza vía transanal. Durante el inicio de esta experiencia y para favorecer su curva de aprendizaje, los pacientes fueron seleccionados, priorizando casos con tumores de pequeño tamaño, sin cirugías previas, escasa patología previa y jóvenes. Todos los casos fueron estudiados previamente por medio de colonoscopia con toma de biopsia y TAC tóraco-abdominal. Se demostró la presencia de neoplasia en estadio local (T1-T2) sin enfermedad a distancia (en 5 casos), displasia epitelial severa (en 21 casos), diverticulitis de repetición (en 3 casos), y estenosis de significado incierto (en 1 caso). En el postoperatorio inmediato aparecieron dos complicaciones en dos pacientes: un sangrado de la anastomosis que precisó tratamiento endoscópico, y una obstrucción intestinal que precisó reintervención. El postoperatorio cursó con una tolerancia oral temprana (en las primeras 48 horas) y deambulación precoz. La mediana de ingreso fue de cinco días. Se realiza seguimiento a corto y medio plazo de calidad de vida y riesgo de recidiva por medio de control evolutivo en consulta, test

de Wexner de incontinencia fecal, TAC y colonoscopia. Tras siete años de seguimiento ningún paciente ha presentado recidiva de la enfermedad; ningún paciente ha presentado reintervención quirúrgica ni ha fallecido.

Conclusiones: La técnica desarrollada permite una recuperación mejor, con mínimo riesgo y menor agresividad quirúrgica. Se trata de una técnica reproducible, segura y que desarrolla su principal utilidad en neoplasias de pequeño tamaño que no pueden researse completamente vía endoscópica.