



O-037 - CIRUGÍA ENDOSCÓPICA ADAPTADA A LAS CARACTERÍSTICAS Y LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN Y AL TIPO DE ESPÉCIMEN QUIRÚRGICO (CALE) EN LESIONES PRECANCEROSAS Y CÁNCER COLORRECTAL PRECOZ

S. Moral Álvarez¹, J.I. Rodríguez García², J.F. Carrión Maldonado¹ y A. Parra Blanco³

¹Hospital de Cabueñes, Gijón. ²Hospital de Cabueñes, Gijón/Universidad de Oviedo. ³Hospital de la Universidad Pontificia Católica de Chile, Santiago de Chile.

Resumen

Introducción: En la actualidad ya no se cuestionan las ventajas del abordaje endoscópico en la cirugía colorrectal oncológica, bien con tubo flexible o vía laparoscópica. No obstante aún se puede avanzar más. Con la combinación de técnicas (abordaje híbrido) y utilizando los orificios naturales en casos seleccionados se consigue limitar el daño parietal que supone la incisión de asistencia sólo para la extracción del espécimen quirúrgico.

Objetivos: Se presenta nuestra experiencia en la resección de lesiones precancerosas y segmentos colorrectales con neoplasias precoces recurriendo a diferentes técnicas mínimamente invasivas en función de las características de la lesión, de su localización y del tipo de espécimen quirúrgico a resear, sin incisiones abdominales de asistencia.

Métodos: Se estudian 16 pacientes, 9 mujeres, de media de edad 63 años (rango: 22-85). Ante la presencia de una lesión polipoidea plana, sesil o recidivada > 2 cm y no resecables endoscópicamente con asa de diatermia (incluye resección endoscópica mucosa) se plantea un abordaje híbrido que incluye: la resección endoscópica mucosa/submucosa con control laparoscópico, la resección de pared completa con extracción por trocar de laparoscopia o la resección intestinal con extracción por orificio natural (NOSE transrectoanal). Se excluyeron aquellas lesiones polipoideas resecables con asa de diatermia, las lesiones voluminosas > 5 cm, las de localización en colon derecho que precisaron resección intestinal oncológica, aquellas que pueden infiltrar órganos vecinos y las rectales abordables por vía transanal directa o con microcirugía endoscópica transanal (últimos 12 cm del recto). Se analiza: tipo de lesión, localización, tamaño, procedimiento realizado, análisis anatomopatológico, complicaciones y estancia hospitalaria.

Resultados: En 9 casos se trataron pólipos sésiles (2 casos de PAF), en 5 planos y en 2 la base de un pólipo resecado-Haggitt IV. Localizados en 9 casos en colon izquierdo, 6 en colon derecho y uno en transversal (dos casos de PAF). Con un tamaño medio de 32 mm (rango 6-10 mm). Se realizaron en 8 ocasiones resección laparoscópica y extracción transrectoanal, en 4 resección endoscópica submucosa con control laparoscópico, en 3 resección endoscópica con endoGIA y extracción por trocar y en un paciente resección endoscópica mucosa fragmentada con control laparoscópico. Dos pacientes con RESM tuvieron hemorragia digestiva, requiriendo en un caso a hemicolectomía

derecha. Se infectó la herida del trocar umbilical, se drenó vía transrectal un absceso en Douglas y hubo un íleo postoperatorio en tres pacientes distintos. Mortalidad en un caso por SIRS. La moda, mediana y rango de estancia fue de 3, 5 y 1-32 días.

Conclusiones: Los pacientes con lesiones precancerosas o cánceres colorrectales precoces pueden beneficiarse de un abordaje mínimamente invasivo híbrido, prescindiendo de laparotomías de asistencia, bien con resecciones endoscópicas mucosas o submucosas con asistencia laparoscópica, con resecciones de pared con extracción por trocar o colorrectales laparoscópicas con extracción transorificial (NOSE-transrectoanal).