



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-329 - REVISIÓN TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY

Alberca Páramo, Ana; Estaire Gómez, Mercedes; Pardo García, Ricardo; Sánchez Forero, Juan Alberto; Picón Rodríguez, Rafael; Alberca Páramo, Marina; Gil Rendo, Aurora; Martín Fernández, Jesús

Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: La técnica de microcirugía transanal endoscópica (TEM) consiste en la realización de una cirugía endoluminal, mínimamente invasiva, usada para la resección local de adenomas o de tumores rectales malignos en estadios iniciales. Se han demostrado resultados favorables ante dichas patologías.

Métodos: Revisión retrospectiva de TEM realizados en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2009 hasta 31 de diciembre de 2016.

Resultados: La revisión consta de 60 casos con edad media de 66,18 años (30-94), 39 (65%) hombres y 21 (35%) mujeres. La rectorragia es la clínica principal. Su localización más frecuente es entre 5-10 cm del margen anal. El 87% tenía una colonoscopia diagnóstica previa con toma de biopsia sobre la cual se basó la indicación quirúrgica. En todos los casos la cirugía en litotomía forzada, realizaba una exéresis completa de la lesión mediante TEM. No se realizó ninguna reconversión del procedimiento inicial. Las complicaciones encontradas en nuestro grupo fueron dos soluciones de continuidad, una requirió ingreso para tratamiento conservador. Se describen 10 (17%) recurrencias durante el seguimiento, uno de ellos requirió amputación abdominoperineal por su situación a 1-2 cm del margen anal, realizando en el resto de pacientes un nuevo TEM. Destacamos 3 muertes, no debidas al proceso tumoral. La estancia media hospitalaria fue de 1,98 (0-6) días. Tan sólo un paciente recibió tratamiento adyuvante con quimio y radioterapia posquirúrgica y dos pacientes radioterapia neoadyuvante.

Conclusiones: La prevalencia en series endoscópicas de los adenomas rectales es del 40%. Su potencial de malignización viene determinado por el tamaño y su componente anatomopatológico. En dicho tratamiento lo prioritario es la exéresis total de dichos pólipos mediante colonoscopia. En localizaciones dónde no es posible la extirpación colonoscópica utilizaremos la TEM, siendo además una alternativa a cirugías más complejas y con mayores comorbilidades, como la amputación abdominoperineal o la resección anterior rectal. El control se realizará mediante rectosigmoidoscopia con biopsia multifocal cada 4 meses durante los 2 primeros años y posteriormente cada 6 meses hasta completar 5 años, la recidiva más frecuente suele ser en los primeros dos años. En caso de recidiva se podrá realizar un nuevo TEM. El potencial curativo de estas lesiones dependerá de la invasión ganglionar, así pues en lesiones T1 existe una probabilidad de recidiva 0-12%, en T2 entre 12-28%, en T3 entre 36-79%. En estadios T2 existe controversia con este tratamiento ya que en estos estadios la invasión ganglionar suele presentarse en el 28% de los

casos y con esta técnica no se realiza resección ganglionar. El sangrado local y la sepsis pélvica son las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes. Posteriormente se realizará un seguimiento de estos pacientes al mes y cada 6 meses con tacto rectal y rectoscopio rígido. Por tanto, la TEM es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de tumores benignos y estadios iniciales de tumores malignos.