



P-404 - NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DEL CÁNCER DE RECTO POR VÍA TRANSANAL (TATME)

Cifrián Canales, Isabel; Fernández-Hevia, María; García Munar, Manuel; Fernández-Martínez, Daniel; Otero Diez, Jorge Luis; Fernández-Arias, Sebastian; Truan Alonso, Nuria; García-Flórez, Luis Joaquín

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: La cirugía transanal ha aparecido como una alternativa a la cirugía laparoscópica del cáncer de recto con unos resultados prometedores en las series iniciales. El objetivo de este estudio es presentar la serie de casos realizados en nuestro centro y evaluar los resultados a corto plazo.

Métodos: Desde abril 2017 hasta abril 2019 se realizó la técnica en 45 pacientes, en 44 de ellos por neoplasia de recto. Solo se indicó este abordaje en tumores de recto bajo y medio. Los primeros casos de la serie fueron seleccionados, y posteriormente la indicación se amplió a neoplasias en pacientes con un grado de dificultad quirúrgica medio o alto, según el score de dificultad técnica publicado por Veenhof et al, 2008.

Resultados: En la tabla se recogen las características de la serie y los resultados.

Edad*	66,8 (11,6)
IMC*	27,1 (5,0)
IMC > 25 Kg/m ²	28 (63,6%)
Sexo	Varón 30 (68,2%) Mujer 14 (31,8%)
ASA	
I	1 (2,3%)
II	20 (45,5%)
III	23 (52,3%)
Cirugía abdominal previa	12 (27,3%)
Sí	9,1% cirugía pélvica
Altura	Recto bajo 13 (29,5%) Recto medio 31 (70,5%)
Distancia media RNM*	7,5 (2,2)
cT RMN	
T1	1 (2,3%)

T2	6 (13,6%)
T3	30 (68,2%)
T4	3 (6,8%)
Tx	4 (9,1%)
cN RMN	
N0	17 (38,6%)
N1	12 (27,3%)
N2	13 (29,5%)
Nx	2 (4,5%)
cRMN	
Fascia mesorrectal afectada	13 (29,5%)
M1	
Sí	3 (6,8%)
Neoadyuvancia	
No	11 (25%)
Ciclo largo	27 (61,4%)
Ciclo corto	6 (13,6%)
Tipo de cirugía	
Resección anterior baja	35 (79,5%)
Interesfinteriana	4 (9,1%)
Hartmann	5 (11,4%)
Tipo anastomosis	
No	5 (11,4%)
T-T	25 (56,8%)
L-T	14 (31,8%)
Manual	4 (9,1%)
Mecánica	35 (79,5%)
No	5 (11,4%)
Movilización ángulo esplénico	23 (52,3%)
Extracción pieza	
Incisión asistencia	39 (88,6%)
Transanal	5 (11,4%)
Tiempo quirúrgico*	284,2 (65,2) minutos
Estoma	
Protección	36 (81,8%)
Terminal	5 (11,4%)
No	3 (6,8%)
Conversión	0
Inicio dieta (mediana, DE)	2 (2,9)
Estancia hospitalaria (mediana, DE)	9,5 (8,9)
Complicaciones postoperatorias 30 días	
Sí	22 (50%)
Dehiscencia/Colección pelvis	4 (9,1%)
Fiebre	2 (4,5%)

Íleo	7 (15,9%)
Médicas (hiponatremia, infección herida, IRA, plexopatía...)	9 (20,5%)
Mortalidad	0
Clavien Dindo	
I	13 (29,5%)
II	7 (15,9%)
III	1 (2,3%)
IV	1 (2,3%)
Reingreso	6 (13,6%)
pT	
Tis	1 (2,3%)
T1	7 (15,9%)
T2	16 (36,4%)
T3	20 (45,5%)
pN	
N0	31 (79,5%)
N1	8 (18,2%)
N2	5 (11,4%)
Calidad mesorrecto	
Completo/Casi completo	43 (97,7%)
Incompleto	1 (2,3%)
Nº ganglios	13,7 (6,3)
Margen distal	Negativo 100%
Distancia*	21,9 (18,8)mm
Margen circunferencial positivo	1 (2,3%)
Score índice de dificultad	
Bajo	1 (2,3%)
Medio	16 (36,4%)
Alto	27 (61,4%)

*Media, DE.

Conclusiones: Los resultados que presentamos demuestran que la cirugía taTME es una técnica segura y con resultados comparables con otros abordajes. La principal ventaja que observamos es en caso de pelvis difíciles, permitiendo un mejor control de la disección del mesorrecto y del margen distal.