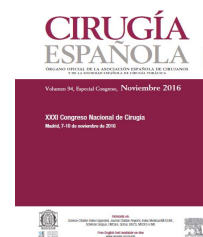




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-301 - RESECCIÓN LOCAL ENDOSCÓPICA TRANSANAL DE TUMORES RECTALES: NUESTRA EXPERIENCIA

*Flórez Gamarra, Mariela Lizet; Muñoz López-Peláez, Vicente; García Alonso, Mauricio; Sanz López, Rodrigo; Sanz Ortega, Gonzalo; Domínguez Serrano, Inmaculada; Esteban Collazo, Fernando; Torres García, Antonio José*

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los resultados de lamicrocirugía endoscópica transanal (TEM) en el tratamiento de lesiones neoplásicas rectales, realizados en nuestro hospital en los últimos 5 años.

**Métodos:** Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Colorrectal mediante técnica TEM, desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015. El análisis estadístico se realizó empleando IBM SPSS Statistics 20.

**Resultados:** Se intervinieron 40 pacientes, siendo el 50% varones, con una media de edad de 71 años. Los síntomas principales preoperatorios fueron: rectorragia en 15 pacientes (37,5%), anemia en 6 (15%), diarrea en 4 (10%) y tenesmo en 2 (5%). La distancia media de la lesión al margen anal fue de 6 cm (1-12 cm), con un tamaño medio de 2,8 cm (1-8 cm), afectando en su mayoría a un cuadrante (55%). El diagnóstico se realizó por colonoscopia y la estadificación mediante ecografía endoanal en 13 pacientes (32,5%), RM en 11 (27,5%), ambas en 13 (32,5%) y ninguna en 3 (7,5%), por ser recidivas locales. La RM fue el método más específico con la siguiente correlación con la anatomía patológica definitiva; T1: 21,4% (3/14), T2: 71,4% (5/7), T3: 33,3% (1/3). En 26 pacientes (65%) se realizó resección de pared total y en 14 (35%) resección submucosa. El cierre del defecto se llevó a cabo en 26 pacientes (65%). Se produjeron complicaciones postoperatorias en 10 pacientes (25%), siendo más frecuente la rectorragia, que se presentó en 7 casos (70%), resolviéndose la mayoría con tratamiento conservador. Un paciente precisó conversión a laparotomía. La estancia hospitalaria media fue de 5,4 días. Los resultados anatomopatológicos fueron: adenoma vellosos DL en 14 pacientes (35%), adenoma vellosos DS en 12 (30%), T1N0 en 4 (10%), T2N0 en 8 (20%), T3N1a en 1 (2,5%) y 1 tumor neuroendocrino (2,5%). Recibieron RT neoadyuvante 4 pacientes (10%) y 5 (12,5%) RT postoperatoria. El seguimiento se realizó mediante CEA y endoscopia cada 3 meses (primer año), cada 6 (segundo año) y anual hasta el quinto año. Presentaron recidiva local 6 pacientes (15%), la mayoría en los 2 primeros años. Dicha recidiva, en relación al estadio histológico, fue: AVDL 2 pacientes (14,3%), T1 uno (20%), T2 dos (25%) y T3 uno (100%). Un paciente se trató de forma paliativa y el resto quirúrgicamente; 2 por TEM, uno mediante Hartmann ultrabajo, uno AAP y una resección transanal. La continencia anal preoperatoria se encontraba alterada en 4 pacientes (10%): uno con Wexner de 17 y el resto con incontinencia leve (Wexner 3-6). Un paciente presentó empeoramiento de la continencia al año de la cirugía.

**Conclusiones:** El TEM es una técnica que permite el acceso a tumoraciones de recto situadas hasta 20 cm. del margen anal. La morbilidad postoperatoria publicada en las distintas series oscila entre 4-24%. La mayoría son complicaciones menores siendo la más frecuente el sangrado postoperatorio autolimitado. La posibilidad de recidiva tras TEM tanto en adenomas como en adenocarcinomas varía de acuerdo a las diferentes series y aumenta a mayor estadio tumoral.