



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-387 - ESCISIÓN TOTAL MESORRECTAL VÍA TRANSANAL CON LAPAROSCOPIA ASISTIDA EN DOS CASOS DE CÁNCER SINCRÓNICO DE RECTO INFERIOR Y CIEGO

Martínez Fernández, Josefa; Guillén Paredes, María Pilar; Morales González, Álvaro; Jiménez Ballester, Miguel Ángel; Pardo García, José Luis

Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz.

Resumen

Introducción: Presentación de dos casos clínicos de cáncer de recto inferior con cáncer sincrónico de ciego tratados mediante abordaje transanal por monpuerto con escisión mesorrectal total (EMT) y cirugía laparoscópica.

Casos clínicos: Caso 1: varón 75 años, con tumoración en recto inferior a 5 cm del margen anal, que ocupa 2/3 de la circunferencia con biopsia positiva para adenocarcinoma, en ciego presenta otra tumoración, biopsia: displasia severa. Marcadores normales. RMN pelvis: T1 N0. Caso 2: varón de 68 años con tumoración estenosante a 6 cm del margen anal, con otra tumoración en ciego con biopsias positivas para adenocarcinoma. Marcadores tumorales: CEA 7,5 ng/ml, CA19.9: 50 U/ml. RMN pelvis: T2N0. En ambos estudio extensión sin enfermedad a distancia. Se programan ambas cirugías con dos equipos quirúrgicos trabajando de forma sincrónica, por vía transanal asistida con dispositivo monpuerto (Gel Point) realizamos una bolsa de tabaco distal al tumor y procedemos a la proctomía con electrobisturí en sentido proximal, de forma circunferencial y siguiendo los planos para realizar EMT. Para el tiempo abdominal realizamos un abordaje laparoscópico, con 5 trócares, descenso del ángulo esplénico del colon, movilización del colon izquierdo de medial a lateral, ligadura de vasos mesentéricos inferiores en su origen hasta encontrarnos los dos planos abdominal y transanal. Se extrae la pieza transanal y anastomosis coloanal T-T con endograpadora circular de 32 mm, dejando drenaje aspirativo de baja presión en pelvis. Posteriormente por vía laparoscópica movilizamos el colon derecho con descenso del ángulo hepático, ligadura de vasos ileocólicos y cólicos derechos y a través de minilaparotomía en FID, exteriorizamos la pieza y confeccionamos anastomosis ileocólica T-L mecánica circular de 25 mm, además de ileostomía de protección exteriorizada por la misma incisión. Los pacientes evolucionaron de forma favorable, siendo dados de alta al 6º y 7º día respectivamente. AP: caso 1: adenocarcinomas rectal T2bN1, ciego T1N0, caso2: adenocarcinomas rectal T3aN1, ciego T2N0. La cirugía laparoscópica del recto es una técnica segura, que disminuye la estancia hospitalaria así como la convalecencia postoperatoria, sin interferir en los resultados oncológicos. Sin embargo, tiene una tasa de conversión superior al 15%, pudiendo llegar al 25% en pacientes con pelvis estrecha. La vía transanal es una técnica quirúrgica mediante la cual movilizamos el recto de distal a proximal utilizando material rígido o flexible, facilitando la EMT, sobre todo en pelvis complejas, obteniendo márgenes distales libres de tumor con mayor seguridad. Está especialmente indicada en tumores de recto inferior tipo II y III, en los

que debe realizarse una resección interesfinteriana parcial o total, permitiendo una mejor visualización del campo quirúrgico, además de solventar las limitaciones de la laparoscopia convencional como la sección rectal y el margen distal. También facilita el tratamiento en pacientes con características desfavorables como son obesos, sexo masculino, tumores voluminosos o pelvis estrechas.

Discusión: El abordaje transanal para la EMT en el cáncer de recto inferior es una técnica válida y factible que ayudada de dispositivos monopuerto mejora y facilita la disección, ayuda a la sección rectal con margen distal suficiente, manteniéndose los criterios oncológicos de resección.