



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-127 - PROCTOSIGMOIDECTOMÍA TRANSMESORECTAL VÍA TEO (*TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATION*) -LAPAROSCOPIA EN COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA

Pascua, Mireia; Serra, Sheila; Serra, Xavier; Pallisera, Anna; Mora, Laura; Navarro, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: El tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa (CU) es la colectomía subtotal. Aunque la reconstrucción mediante reservorio en J con anastomosis en la parte anal es el *gold standard*, un 14% de los pacientes optan por ileostomía permanente con posterior proctectomía, tradicionalmente por vía abdomino-perineal. La disección del mesorecto se ha asociado a disfunción urinaria, sexual y de fertilidad con una tasa superior al 30%. En el cáncer de recto, la disección es imprescindible para mantener unos correctos resultados oncológicos. Pero, en enfermedad intestinal benigna, como CU -donde la patología se localiza en la mucosa colónica- se sugiere que la linfadenectomía es innecesaria. De ahí nuestra propuesta de la realización de la proctectomía con preservación del mesorecto. Con el objetivo de evitar las complicaciones genitourinarias, que podrían derivarse de la cirugía convencional. Se presenta un caso clínico de proctosigmoidectomía transmésorectal vía TEO y laparoscopia, en un paciente con proctitis ulcerosa refractaria a tratamiento médico.

Caso clínico: Hombre de 25 años con antecedentes de colectomía subtotal e ileostomía terminal con fístula mucosa en el 2015, por pancolitis ulcerosa refractaria a múltiples tratamientos. En marzo del 2018, presenta rectosigmoiditis ulcerosa refractaria a inmunosupresores, por lo que se decide cirugía. Bajo visión directa con TEO se realiza proctosigmoidectomía interesfinteriana transanal con Ultracision - respetando el mesorecto- hasta la entrada de la cavidad peritoneal. La resección rectosigmoidea se completa por vía laparoscópica. En el cuarto día postoperatorio, presenta rectorragia franca -sin necesidad de transfusión- por la que se revisa el paciente en quirófano vía TEO. Se objetiva un sangrado en sábana del mesorecto inferior, realizándose hemostasia con coagulación. El paciente evoluciona correctamente, siendo alta al 5º día de la reintervención.

Discusión: La disección a lo largo de la pared pélvica durante la escisión total del mesorecto conlleva el riesgo de lesión de los nervios pélvicos simpáticos y parasimpáticos, con hasta una tasa superior del 30% de alteraciones genitourinarias. En patología oncológica es un riesgo que se asume para obtener una buena resección oncológica. Pero, en pacientes jóvenes con enfermedades benignas -como CU-, la disfunción genitourinaria tiene un profundo impacto en su calidad de vida a largo término. El grupo de Hicks et al. ha comparado la disfunción sexual entre pacientes intervenidos con resección intramesorectal transanal y resección total, sin obtener diferencias entre las técnicas. De modo que, se cree que en la cirugía de enfermedad inflamatoria -donde la enfermedad se sitúa en la mucosa colónica- la resección de la misma, preservando el mesorecto,

podría aportar diferencias en las complicaciones genitourinarias. Siempre teniendo en cuenta que las vías endoscópicas (TEM y TEO) respecto la abierta, aportan menor número de lesiones a nivel nervioso y permiten la preservación de la fecundidad.