



OR-223 - MODIFICACIONES A LA ESCISIÓN MESORRECTAL TOTAL TRANSANAL (TATME) PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO MEDIO Y BAJO

Labalde Martínez, María; Nevado García, Cristina; Pelaez Torres, Pablo; Vivas López, Alfredo; García Villar, Oscar; García Borda, Francisco Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La escisión mesorrectal total transanal (TaTME) para el tratamiento del cáncer de recto medio-bajo ofrece ventajas técnicas, aunque los resultados oncológicos y funcionales a largo plazo son algo controvertidos. Se proponen modificaciones a la técnica con el fin de aprovechar las facilidades para visualizar directamente el tumor y seccionar el recto y evitar el doble grapado en las anastomosis colorrectales que consisten en disminuir el tiempo del neumorrecto realizando la escisión mesorrectal por vía transanal de los planos más distales. El objetivo de este trabajo es describir los resultados del TaTME modificado.

Métodos: 10 pacientes (7 varones y 3 mujeres) con una mediana de edad de 72,4 (71,2-76,7) años con cáncer de recto fueron sometidos a TaTME modificado. En posición de litotomía se coloca la plataforma Gel-point transanal (Applied Medical, CA, USA) y para la creación del neumorrecto estable con el sistema de insuflación AirSeal (AirSeal System, SurgiQuest Inc, Milford, Connecticut, EE. UU.). Bajo visualización directa del tumor se cierra el recto con una sutura en bolsa de tabaco. Se procede a la rectotomía y se inicia la escisión mesorrectal total de los planos más distales hasta liberar y movilizar solo el mesorrecto distal circunferencialmente, momento en el que se continúa con la fase abdominal. Bajo neumoperitoneo se realiza ligadura baja de la arteria mesentérica inferior y en origen de la vena mesentérica inferior. Se despega el colon descendente y se procede a la escisión mesorrectal total desde proximal a distal hasta encontrarse con el plano más distal trabajado en la fase transanal, lo que permite la completa movilización de la pieza y su extracción por el ano. Se secciona el cabo proximal del recto y se cierra el muñón rectal con una segunda bolsa de tabaco. La anastomosis colorrectal con EEA evita la técnica del doble grapado. Se realiza ileostomía de protección.

Resultados: Todos los pacientes presentaron cáncer de recto medio y bajo con una mediana de distancia al margen anal externo de 6 (4-8) cm. Con respecto a la clasificación TNM 8ª edición 8 casos eran cT3 y 4 de N+. Recibieron neoadyuvancia 7 pacientes. En todos los casos la escisión mesorrectal total fue completa y los márgenes distal y radial circunferencial estaban libres de enfermedad. No se registraron complicaciones posoperatorias ni fístulas anastomóticas en el primer mes del periodo posoperatorio. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 6 (5-7) días. No hubo reintervenciones y un paciente reingresó por suboclusión intestinal relacionado con problemas de pared a la salida de la ileostomía.

Conclusiones: Las modificaciones en la técnica de TaTME son factibles y seguras y podrían aportar facilidades técnicas al tratamiento quirúrgico del cáncer de recto medio-bajo.