



# Cirugía Española

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



## OR-224 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA Y TÉCNICA TATME EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO: ¿TENEMOS RESULTADOS COMPARABLES?

*Benavides dos Santos, Ainoa; del Bas Rubia, Marta; López Cano, David; Hidalgo Grau, Luis Antonio; García Torralbo, Eva María; Clos Ferrero, Pere; Estrada Ferrer, Òscar; Bombuy Giménez, Ernest*

*Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.*

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo principal es evaluar la calidad oncológica del mesorrecto resecado por vía transanal laparoscópica (TaTME) versus la resección anterior baja laparoscópica (RAB) en pacientes con neoplasia de recto (NR) no metastásicos. Como objetivo secundario se analiza la morbilidad posoperatoria, recidiva local y a distancia.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional de cohortes retrospectivo unicéntrico, con un periodo de estudio desde enero de 2017 a diciembre de 2021. Se incluyen todos los pacientes intervenidos por neoplasia de recto con una distancia inferior a 12 cm del margen anal externo por fibrocolonoscopia. La calidad oncológica es determinada por la resección mesorrectal completa, número de adenopatías disecadas y afectación de márgenes de resección. Para el estudio estadístico se han utilizado el test de  $\chi^2$ , t de Student, Mann-Whitney, Wilcoxon, Kaplan Meyer (*log-rank*). Los grupos son comparables en cuanto a la edad  $p = 453$  (TaTME  $67 \pm 9,4$  años RAB  $66 \pm 13,5$  años), IMC  $p = 0,086$  (TaTME  $26,2 \pm 4,1$  RAB  $24,9 \pm 3,8$ ), ASA  $p = 0,740$  (ASA II TaTME 60% RAB 66%), estadio preoperatorio  $p = 0,111$  (Estadio III TaTME 73% RAB 76%) y tratamiento neoadyuvante  $p = 0,299$  (TaTME 73% RAB 59%). Los grupos no son homogéneos en el sexo  $p = 0,01$  (Hombres TaTME 84% RAB 58%) ni en la distancia por FCS  $p < 0,001$  (TaTME  $6,8 \pm 2,2$  cm RAB  $9,3 \pm 2,4$  cm).

**Resultados:** Se incluyen 39 pacientes en el grupo TaTME y 40 en el grupo RAB. La calidad del mesorrecto  $p = 0,950$  (completa o casi TaTME 96,6% RAB 97,4%), número de adenopatías disecadas  $p = 0,069$  (TaTME  $14,3 \pm 10,1$  RAB  $16,3 \pm 7,7$ ), afectación de los márgenes de resección circunferencial  $p = 1$  (TaTME 6,1% RAB 5,1%) y distal  $p = 1$  (TaTME 0% RAB 2,5%), estancia posoperatoria  $p = 0,646$  (TaTME  $8,9 \pm 6,2$  días RAB  $9,4 \pm 8,8$  días) no presentan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tampoco se han hallado diferencias significativas en la recidiva local  $p = 0,327$  (TaTME 9,1% RAB 2,6%) y a distancia  $p = 1$  (TaTME 18,2% RAB 17,9%). Sí que se encuentran diferencias en la morbilidad posoperatoria  $p = 0,024$  (TaTME 43,6% RAB 20%).

**Conclusiones:** La calidad oncológica del mesorrecto resecado por TaTME no presenta diferencias en cuanto al resecado por vía laparoscópica pero la morbilidad posoperatoria es superior en el grupo TaTME. La recidiva tanto local como a distancia no presenta tampoco diferencias entre ambos grupos.