



# Cirugía Española

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



## O-235 - RESECCIÓN LOCAL POR TAMIS EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE RECTO AVANZADO

Ramírez Caballero, Ester; Arteaga González, Iván Jesus; Guil Ortiz, Beatriz; Díaz Pérez, Beatriz; Correa Flores, María Cruz; Martín Malagón, Antonio; Carrillo Pallares, Ángel Luis

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

### Resumen

**Objetivos:** La cirugía local con o sin tratamiento complementario, puede ser una alternativa a la escisión total del mesorrecto en el cáncer de recto avanzado en determinadas circunstancias (fragilidad del paciente, negativa a aceptar el riesgo de colostomía permanente o evaluación patológica de una respuesta clínica completa a la neoadyuvancia). Nuestro objetivo es evaluar la seguridad oncológica que ha tenido esta estrategia terapéutica en nuestro centro.

**Métodos:** Hemos recogido prospectivamente las variables perioperatorias (edad, estadiaje preoperatorio, técnica, estancia, complicaciones, reintervención, márgenes histológicos) y analizado retrospectivamente la recidiva local y a distancia y la supervivencia libre de enfermedad de los pacientes con el diagnóstico de adenocarcinoma de recto avanzado que se trataron mediante cirugía local transanal (TAMIS), durante el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2019. Para ello hemos incluido a aquellos pacientes con adenocarcinomas de recto distales a la reflexión peritoneal que fueran T1 con factores de mal pronóstico de la pieza quirúrgica, T2 y T3, ya fuera con o sin afectación ganglionar.

**Resultados:** Se recogieron los datos de 15 pacientes (n = 15). Se trataban de tumores T3 (n = 5), T2 (n = 6) o T1 con algún factor de mal pronóstico (n = 4). Seis de ellos presentaban enfermedad ganglionar locoregional. La indicación más frecuente de la resección local en lugar de la cirugía radical fue la negativa del paciente a aceptar el riesgo de colostomía definitiva (n = 7), seguida del elevado riesgo quirúrgico del paciente (n = 3). Además en nuestra serie cuatro de los pacientes presentaron una respuesta clínica completa a la neoadyuvancia, realizándose resección local de la cicatriz para evaluar la respuesta patológica completa. La técnica más frecuente fue la resección y cierre primario de la tumoración. Solo uno de los pacientes tuvo una complicación grave postquirúrgica con un sangrado con anemia requiriendo reintervención en dos ocasiones y embolización por angiorradiología, por lo demás no registramos complicaciones graves (II-IV). La estancia media fue de 4 días. En el análisis de la SLE y recidiva se excluyeron dos pacientes, uno de ellos por tratarse de una intervención paliativa al tener el paciente un cáncer terminal de endometrio, y el otro por tener un cáncer de colon sincrónico. El seguimiento medio fue de 37 meses y solo recogimos una recidiva local en un paciente con márgenes afectados de la pieza quirúrgica que no acudió al seguimiento en consultas externas, diagnosticándose 12 meses después de una recidiva local. No registramos recidivas a distancia. En un paciente se completó la cirugía radical tras la

resección local y al paciente que presentó una recidiva local se le rescató con una amputación abdominoperineal. Los trece pacientes están vivos en la actualidad, con una supervivencia libre de enfermedad media de 37 meses (con un rango de 4 a 67 meses).

**Conclusiones:** En casos seleccionados, la cirugía local con o sin tratamiento complementario se ha mostrado en nuestro centro como una estrategia terapéutica eficaz y segura.