



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-179 - RESECCIÓN ANTERIOR BAJA ROBÓTICA Y ANASTOMOSIS TRANSANAL DE GRAPADO ÚNICO: VÍDEO DEMOSTRATIVO COMO ALTERNATIVA EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER DE RECTO

Suarez Pazos, Natalia¹; Gómez Ruiz, Marcos¹; Cagigas Fernández, Carmen¹; Cristóbal Poch, Lidia¹; Caiña Ruiz, Ruben¹; Alonso Aguiloche, Andrea¹; Castro Suarez, Marta²; del Castillo Diego, Julio¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; ²Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El tratamiento del cáncer de recto sigue siendo un reto y los objetivos principales son lograr una escisión mesorrectal completa con márgenes libres y una anastomosis estanca. El abordaje robótico ha logrado grandes mejoras en la disección del mesorrecto. Sin embargo, la sección distal del recto sigue siendo un paso crítico, pues la pelvis imposibilita la angulación correcta de las endograpadoras obligando, en ocasiones, a realizar múltiples disparos y/o de forma oblicua que puede aumentar el riesgo de dehiscencia anastomótica. La escisión mesorrectal por vía transanal (TaTME) ha permitido solventar parte de este problema al realizar una rectotomía bajo visión directa y asegurando un margen distal correcto. La combinación de ambos abordajes ha permitido la creación de una nueva técnica por el grupo de Spinelli denominada TTSS (*Transanal Transection and Single-Stapled Anastomosis*). Se presenta un vídeo explicativo aplicado a un caso clínico.

Caso clínico: Varón de 38 años, fumador, con antecedentes de resección endoscópica de 3 pólipos adenomatosos en 2019. Acude a Urgencias por clínica de dolor en hipogastrio de 1 semana de evolución, tenesmo rectal y aumento del número de deposiciones sin productos patológicos. Se realiza TC que evidencia una rectosigmoiditis con colección de 2 cm en cara anterior, y ante sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal se lleva a cabo colonoscopia que identifica una masa a 10 cm de margen anal que ocupa el 75% de la circunferencia e impide paso de colonoscopio. La anatomía patológica es compatible con adenocarcinoma tubular infiltrante bien diferenciado. El TAC y la RMN informan de un engrosamiento transmural, concéntrico, simétrico y estenosante de la pared rectal a 9 cm de margen anal, con pequeña colección en espacio mesorrectal y múltiples ganglios mesorrectales sospechosos (cT4N2M0). Se decide neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia ciclo largo, objetivándose en la RMN de reestadaje una clara disminución del volumen de la lesión sin presencia de adenopatías (cT3N0M0). Se decide realizar resección anterior de recto baja robótica y anastomosis transanal de grapado único. Comenzamos con la colocación del dispositivo transanal Lone Star y anuscopia para confeccionar la bolsa de tabaco inferior a la tumoración. Sección del recto distalmente mediante electrobisturí. Abordaje intraabdominal con ligadura alta de arteria y vena mesentéricas inferiores, descenso de ángulo esplénico y disección de mesocolon y mesorrecto hasta sección rectal previamente realizada. Elaboración de nueva bolsa de tabaco en el remanente rectal. Extracción de pieza por ano. Comprobación de perfusión mediante

verde de indocianina. Colocación del yunque en colon, ensamblaje de la máquina y posterior confección de anastomosis colorrectal lateroterminal. Realización de ileostomía de protección. El paciente presenta posoperatorio complicado por episodio de rectorragia sin inestabilidad hemodinámica e íleo que se resolvieron de forma conservadora. El resultado anatomopatológico de la pieza está pendiente.

Discusión: Este abordaje permite la transección rectal asegurando un margen adecuado y una anastomosis sin cruce de grapas con potenciales ventajas de menor dehiscencia en pacientes con neoplasia de recto medio-inferior y a los que se pueden preservar 2-3 cm de muñón rectal.