



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Innovación en técnica quirúrgica

La cirugía transanal como herramienta en la dehiscencia de la anastomosis colorrectal

Pere Planellas Giné*, Júlia Gil Garcia, Ramon Farrés Coll y Antoni Codina Cazador

Sección de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de febrero de 2019

Aceptado el 14 de abril de 2019

Palabras clave:

Cáncer de recto

Cirugía transanal

Dehiscencia anastomótica

Keywords:

Rectal cancer

Transanal surgery

Anastomotic leakage

RESUMEN

El tratamiento de la dehiscencia de sutura después de cirugía oncológica del cáncer de recto supone un reto quirúrgico. El objetivo de este trabajo es mostrar como la cirugía transanal combinada con el abordaje abdominal es una herramienta muy útil para decidir el tratamiento individualizado en función del grado de dehiscencia y ayudarnos al manejo local de la misma. Presentamos tres casos de pacientes con dehiscencia de sutura colorrectal. En dos de ellos se muestra el tratamiento de una dehiscencia colorrectal aguda y como la cirugía transanal nos permite comprobar la viabilidad y descartar isquemia subyacente. Por otro lado, nos facilita un buen drenaje de la colección adyacente, así como si es necesaria la colocación de un sistema vacuum y de sus recambios siguientes. El último caso se trata de una dehiscencia tardía con sinus presacro crónico y su tratamiento mediante acceso transanal para destechamiento del mismo.

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Transanal surgery: A tool in the colorectal anastomotic leakage

ABSTRACT

The treatment of anastomotic leakage after oncological surgery for rectal cancer is a surgical challenge. The goal of this study is to show how transanal surgery combined with the abdominal approach is a very useful tool to decide on individualized treatment depending on the degree of dehiscence and to assist us in its local management. We present three cases of patients with colorectal anastomotic dehiscence. In two, we demonstrate the treatment of acute colorectal leakage and how transanal surgery allows us to confirm its viability and rule out any underlying ischemia. Furthermore, it facilitates good drainage of the adjacent collection as well as the placement of a vacuum system, if necessary, and its subsequent replacements. The last case is a delayed dehiscence with chronic presacral sinus, and its treatment by transanal access for fenestration.

© 2019 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: planellasp@gmail.com (P. Planellas Giné).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.04.015>

0009-739X/© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La resección anterior de recto con exéresis total o parcial del mesorrecto es el tratamiento de elección para las neoplasias de recto^{1,2}. Durante las últimas décadas el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto se ha caracterizado por un aumento importante de cirugías preservadoras de esfínteres. Esto ha sido favorecido por un mejor conocimiento de la biología tumoral, considerándose correcto un margen libre o de 1 cm^{3,4}.

La dehiscencia de la anastomosis colorrectal es una de las complicaciones más devastadoras después de cirugía rectal, ya que aumenta la morbilidad y las reintervenciones, empeora los resultados oncológicos, prolonga la estancia hospitalaria y aumenta los estomas definitivos⁵.

Las tasas de fuga anastomótica después de una resección anterior varían, en diferentes series, entre el 0,5 y el 30% dependiendo de múltiples factores, así como de la definición de dehiscencia⁶. Los casos de dehiscencias más silentes o que se manifiestan de forma más tardía pueden justificar tasas más altas, llegando al 25% en algunas series.

Frente a un caso de dehiscencia anastomótica, la individualización del tratamiento es de gran importancia y deben considerarse múltiples factores, como el estado general del paciente, el tamaño del defecto anastomótico, la indicación de la resección realizada, la presencia o no de estoma derivativo, el nivel de la anastomosis, y el tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y el diagnóstico de la dehiscencia⁷.

Se presentan tres casos de pacientes con diferentes grados de dehiscencia anastomótica, y su tratamiento. A diferencia del algoritmo seguido por el grupo de Bemelman et al., en nuestra serie el uso del abordaje transanal se combina, en casos de dehiscencia aguda, con un abordaje abdominal. De esta manera, y con el paciente bajo anestesia general, esta vía nos permite no solo diagnosticar el grado de la dehiscencia y el estado de la plastia colónica, sino también actuar quirúrgicamente si es necesario por ambos campos y tratar la infección local pélvica secundaria a la dehiscencia.

Técnica quirúrgica

Entre los años 2017 y 2018 se ha intervenido a 172 pacientes por cáncer de recto. En el 76% de los casos (n = 131) se ha realizado una resección de recto con anastomosis. Al 60% de los pacientes se les asoció una ileostomía derivativa. Nuestra tasa de dehiscencia es del 11% (grado A, 1 caso; grado B, 2 casos, y grado C, 11 casos).

En 5 de los 11 casos reintervenidos hemos tratado las dehiscencias mediante este abordaje mínimamente invasivo mixto transabdominal y transanal. En dos ocasiones se realizó el cierre con puntos simples del defecto por vía transanal y lavado por vía transabdominal. En uno de ellos se asoció ileostomía de protección y en el otro ya la tenía realizada. En dos ocasiones se realizó lavado y derivación desde el campo abdominal y colocación de Endosponge[®] por vía transanal y en un caso se realizó lavado y derivación desde el campo abdominal más revisión transanal sin hallazgos patológicos.

Técnica y material. Posición ginecológica. Colocación del dispositivo de puerto único Gelpoint[®] Path (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, California, EE.UU.) con disposición de los trocares en triángulo con vértice en el cuadrante superior izquierdo, por donde accede la óptica (Endoeyeflex 3D[®], Olympus) y uso selectivo del AIRSEAL[®] IFS-Conmed. Para conseguir un correcto neumorrecto con alto recambio trabajamos a una presión elevada de 15-20 mmHg con alto flujo (20 l/min).

Caso 1. Dehiscencia de anastomosis colorrectal pequeña y sin colecciones asociadas

Paciente de 48 años con adenocarcinoma de recto a 9 cm de margen anal rT3N1. Realiza tratamiento neoadyuvante de ciclo largo y posteriormente se realiza resección anterior de recto con exéresis mesorrectal subtotal laparoscópica con ileostomía virtual.

El tercer día postoperatorio el paciente presenta dolor abdominal brusco y aumento de parámetros sépticos analíticos, por lo que se realiza TC abdominal que muestra colección presacra y neumoperitoneo abundante. Se inicia la cirugía con abordaje transanal, colocando el dispositivo Gelpoint[®] Path objetivando anastomosis viable sin isquemia asociada de la plastia y sin signos de dehiscencia. En el abordaje abdominal laparoscópico se observa líquido seropurulento en pelvis, por lo que se procede a realizar un lavado de la cavidad abdominal y colocación de drenaje en pelvis, así como exteriorización de una ileostomía lateral.

Caso 2. Dehiscencia de anastomosis colorrectal grande con colección asociada con colocación en el mismo tiempo de Endosponge[®]

Paciente de 77 años con neoplasia de recto a 15 cm de margen anal (AP adenocarcinoma), rT4N2 en RMN pélvica inicial. El paciente recibió tratamiento neoadyuvante de ciclo largo y se realizó cirugía electiva de resección anterior de recto laparoscópica con exéresis mesorrectal parcial e ileostomía lateral de protección. El paciente presenta empeoramiento clínico y analítico el sexto día postoperatorio, por lo que se realiza enema-TC que muestra fuga de contraste con colección presacra.

Se realiza revisión transanal, observando dehiscencia de anastomosis de más de 90° con cavidad asociada, pero con buen aspecto de la plastia colónica. Se realizan lavados de la cavidad por vía transanal eliminando los restos purulentos y se coloca Endosponge[®] ajustándolo al tamaño de la cavidad. Después se realiza laparoscopia y se objetiva peritonitis purulenta pélvica, por lo que se realiza lavado pélvico exhaustivo y colocación de drenaje pélvico.

En este paciente se realizaron tres recambios bajo anestesia general del Endosponge[®] mediante colocación del dispositivo de cirugía transanal. Este recambio suele realizarse, en la mayoría de los centros, con sedación y guiado por endoscopio⁸. Con el recambio bajo visión directa por vía transanal nos permite un mejor lavado y un control y ajuste precisos de la colocación del dispositivo en el defecto.

Caso 3. Dehiscencia tardía. Sinus crónico presacro

Paciente de 75 años con adenocarcinoma de recto a 7 cm de margen anal, rT3aN1 por RMN; después del tratamiento neoadyuvante se realiza RAR por técnica TaTME con ileostomía de protección. Anatomía patológica definitiva ypT2N0 (0/19), cirugía R0.

A los 6 meses de la cirugía, antes del cierre de la ileostomía lateral, explica aparición de tenesmo y supuración por el ano. El enema-TC muestra fuga anastomótica y colección presacra. Después de la limpieza de la cavidad mediante sonda transanal, y tras la persistencia de la colección a los 3 meses, se decide realizar cirugía para el destechamiento del sinus crónico bajo visión directa con la colocación de dispositivo Gelpoint® Path. Por vía transanal se identifica sinus crónico a nivel de anastomosis colorrectal y se destecha la cavidad mediante endograpadora insertada a través del dispositivo.

El destechamiento por vía perineal es una técnica ampliamente difundida pero tiene el inconveniente de tener una exposición compleja del campo quirúrgico, mejorando con la utilización del dispositivo para cirugía transanal.

Discusión

En los casos de dehiscencia aguda la utilización del dispositivo para cirugía transanal es un recurso que nos ayuda a valorar el estado de la plastia, el tamaño de la dehiscencia y la existencia de cavidades y colecciones asociadas.

Desde el año 2017 realizamos un abordaje inicial más agresivo de las dehiscencias con el objetivo de intentar un control más rápido de la infección y disminuir la tasa de ostomías definitivas. Este avance técnico viene favorecido por el aumento de nuestra experiencia en la cirugía electiva transanal (TAMIS y TaTME).

Para la ayuda a una detección precoz de la fuga anastomótica determinamos la PCR al tercer/cuarto día y realizamos un enema-TC si hay sospecha de complicación. Ante la evidencia de una dehiscencia con el paciente hemodinámicamente estable, realizamos un abordaje laparoscópico híbrido transanal y transabdominal, empezando por vía transanal si la sospecha es de peritonitis localizada en pelvis.

En pacientes con dehiscencias de menos de 90°, con tejidos con buen aspecto y sin cavidades asociadas objetivadas en el tiempo transanal, se podrá realizar un cierre primario del defecto. Se completará la cirugía con un lavado y drenaje de la pelvis en el tiempo abdominal, asociándole un estoma derivativo temporal sin necesidad de desmontar la anastomosis colorrectal.

En defectos anastomóticos grandes de hasta 180° o con una cavidad asociada, pero sin isquemia asociada de los tejidos, y si el estado del paciente lo permite, el tiempo transanal nos permite lavar la colección y colocar un dispositivo de terapia vacuum (Endosponge®) en el defecto de manera guiada, junto con la revisión abdominal y la confección de un estoma derivativo⁹.

En pacientes con dehiscencias tardías y sinus pélvicos crónicos portadores de ostomía derivativa las alternativas quirúrgicas van desde el desmontaje de la anastomosis y la realización de una colostomía terminal, al destechamiento vía

transanal del sinus o la reanastomosis¹⁰. En nuestra experiencia, esta cirugía en pacientes seleccionados con sinus presacros crónicos nos permite realizar un «destechamiento» por vía transanal del sinus bajo visión directa. Para esto utilizamos endograpadoras introducidas a través del dispositivo, ajustando el número de disparos en función del tamaño del sinus. Actualmente la cirugía TAMIS está aceptada como técnica para la reanastomosis colorrectal, pero aún se asocia a altas tasas de complicaciones relacionadas con la complejidad del problema de base¹¹.

La revisión transanal durante la reintervención puede ser una herramienta muy útil para ayudarnos a individualizar el tratamiento para cada paciente, aumentando el número de anastomosis y disminuyendo el número de ostomías definitivas después de una resección anterior de recto.

Financiación

No hay financiación externa para este proyecto.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Jutesten H, Draus J, Frey J, Neovius G, Lindmark G, Buchwald P, et al. High risk of permanent stoma after anastomotic leakage in anterior resection for rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2019;21:174-82. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.14469>.
- Jimenez LM, Espin E, Trenti L, Martí M, Sánchez JL, Vallribera F, et al. Factors associated with low anterior resection syndrome after surgical treatment of rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2018;20:195-200. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.13901>.
- Lim JW, Chew MH, Lim KH, Tang CL. Close distal margins do not increase rectal cancer recurrence after sphincter-saving surgery without neoadjuvant therapy. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27:1285-94. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-012-1467-x>.
- Wibe A, Syse A, Andersen E, Tretli S, Myrvold H. Oncological outcomes after total mesorectal excision for cure for cancer of the lower rectum: Anterior vs. abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:48-58. <http://dx.doi.org/10.1007/s10350-003-0012-y>.
- Bruce J, Krukowski Z, al-Khairi G, Russell E, Park K. Systematic review of the definition and measurement of anastomotic leak after gastrointestinal surgery. *Br J Surg.* 2001;88:1157-68.
- Ramphala W, Boedinga J, Gobardhana P, Ruttenb H, Boonman de Winterd L, Crollaa R, et al. Oncologic outcome and recurrenser following anastomotic leakage after curative resection for colorectal cancer. *Surg Oncol.* 2018;27:730-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suronc.2018.10.003>.
- Shalaby M, Thabet W, Buonomo O, di Lorenzo N, Morshed M, Petrella G, et al. Transanal tube drainage as a conservative treatment for anastomotic leakage following a rectal resection. *Ann Coloproctol.* 2018;34:317-21. <http://dx.doi.org/10.3393/ac.2017.10.18>.

8. Borstla W, Musters GD, Stassen L, van Westreenen HL, Hess D, van Dieren S, et al. Vacuum-assisted early transanal closure of leaking low colorectal anastomoses: The CLEAN study. *Surg Endosc.* 2017;32:315-27.
9. Rottoli M, di Simone M, Vallicelli C, Vittori L, Liguori G, Boschi L, et al. Endoluminal vacuum-assisted therapy as treatment for anastomotic leak after ileal pouch-anal anastomosis: A pilot study. *Tech Coloproctol.* 2018;22:223-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-018-1762-9>.
10. Abild N, Bulut O, Nielsen C. Endoscopic stapled marsupialisation of chronic presacral sinus following low anterior resection: A simple option in selected cases. *Scand J Surg.* 2012;101:307-10. <http://dx.doi.org/10.1177/145749691210100416>.
11. Borstlap W, Harran N, Tanis P, Bemelman W. Feasibility of the TAMIS technique for redo pelvic surgery. *Surg Endosc.* 2016;30:5364-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-016-4889-7>.