



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**
Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

P-352 - MÍNIMA INVASIÓN O MÁXIMA AGRESIÓN. NUESTRAS COMPLICACIONES TRAS NOSE, ABORDAJE COMBINADO Y ANASTOMOSIS COLOANAL

E. Echazarreta Gallego, M. Elía Guedea, J.A. Gracia Solanas, E. Córdoba Díaz de Laspra, J.P. Marín Calahorrano, B. Calvo Catalá, L. Lamata de la Orden y V. Aguilera Diago

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: En los últimos años el desarrollo de la cirugía tiende hacia técnicas de abordaje menos agresivas para el paciente. Sin embargo éstas no están exentas de complicaciones.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 76 años diagnosticada de neoplasia de tercio medio rectal con adenopatías perirrectales y presacras. Se trata con RT neoadyuvante y se interviene mediante abordaje combinado laparoscópico/transanal (TEM) realizándose resección anterior ultrabaja de recto, extracción transanal del espécimen, anastomosis coloanal manual e ileostomía de protección. En el día vigésimo postoperatorio presenta dolor abdominal y rectorragia; se diagnostica mediante FCC de isquemia colónica distal, por lo que se propone reintervención laparoscópica. Se halla una isquemia del colon distal que implica desmontar la anastomosis, cierre de ileostomía y colostomía en FII. Caso 2: mujer de 66 años con antecedentes de resección transanal (TEM) de adenoma vellosa rectal. Durante el seguimiento se diagnostica de estenosis rectal por recidiva y fístula enterovaginal. Se propone nueva intervención quirúrgica. Se interviene mediante abordaje combinado laparoscópico y transanal, realizándose una resección ultrabaja de recto con resección en bloque de la fístula, cierre vaginal, extracción del espécimen transanal y realización de anastomosis manual coloanal e ileostomía de protección. Durante el postoperatorio se objetiva febrícula mantenida por lo que se realiza TC, en el que se evidencia hematoma infectado presacro de 6,5 × 5,7 cm que se trata de manera conservadora con antibióticos de amplio espectro hasta la resolución del cuadro. Caso 3: varón de 84 años con incontinencia fecal, diagnosticado de neoplasia rectal estenosante de tercio medio con adenopatías perirrectales. Se inicia tratamiento con radioterapia y un mes después se interviene realizándose resección ultrabaja de recto mediante técnica laparoscópica, abordaje combinado transanal, extracción transanal de la pieza y colostomía en FII. En el undécimo día postoperatorio presenta astenia y anemia importante por lo que se realiza TC en el que se observa colección líquida en pelvis menor de 200 cc, compatible con hematoma. Se realiza drenaje transanal con sondas rectales de la colección y transfusión de dos concentrados de hemáties. Caso 4: mujer de 70 años con incontinencia fecal, diagnosticada de adenocarcinoma de recto a 10 cm de margen anal con estudio de extensión negativo. Tras un ciclo corto de RT se propone IQ. Se realiza resección baja de recto a lo Hartmann mediante técnica laparoscópica, extracción transvaginal de la pieza y colostomía en FII. La paciente presentó una evolución favorable.

Discusión: ¿Es el abordaje híbrido laparoscópico y transanal la solución en casos de pelvis estrechas, hombres, obesos o neoplasias rectales bajas?, ¿En qué casos debemos utilizarlo? ¿Respetamos los principios oncológicos? ¿Obtiene resultados similares o mejores a las técnicas convencionales? ¿Quién tiene que

realizar estos procedimientos? ¿Cómo se aprenden? ¿Qué curva de aprendizaje tienen? ¿Son asumibles sus complicaciones? Muchas de estas preguntas todavía no tienen respuesta.