



V-172 - RESECCIÓN ANTERIOR LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON FISTULA COLOVAGINAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD NEOPLÁSICA COMPLICADA.

Fernández Galeano, Pablo; Titos García, Alberto; Aranda Narváez, Jose Manuel; Cabrera Serna, Isaac; González Sánchez, Antonio Jesus; Romacho López, Laura; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Distintos ensayos han buscado establecer las ventajas e inconvenientes del abordaje laparoscópico en comparación con la vía abierta en aquellos pacientes que se someten a una cirugía urgente con el diagnóstico de sospecha de enfermedad neoplásica colorrectal complicada, sin embargo, ninguno de ellos ha obtenido evidencia suficiente para apoyar ninguna de las dos vías.

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedentes de obesidad, diabetes y EPOC. Histerectomizada tras establecerse el diagnóstico de cáncer de cérvix *in situ* hacía más de 25 años. Acudía a urgencias por un cuadro de dolor abdominal de dos meses de evolución, de carácter cólico y localizado en hipogastrio, asociado a síndrome miccional, coluria, tenesmo y emisión de ventosidades por vía vaginal. Inicialmente ingresó en nuestro servicio con el diagnóstico de sospecha de diverticulitis complicada, visualizado en un TC realizado a su llegada a urgencias. Tras evidenciarse durante el proceso diagnóstico, tanto mediante pruebas radiológicas como endoscópicas, la presencia de dos neoplasias sincrónicas a 25 y 40 cm del margen anal, la paciente fue llevada a quirófano con el diagnóstico de sospecha de fistula colovaginal secundaria a enfermedad neoplásica complicada. A pesar de la complejidad que planteaba la intervención a priori se optó por un abordaje laparoscópico. Se llevó a cabo una resección anterior de recto asociada a la exéresis de una pastilla de infiltración vaginal. Se realizó una anastomosis intracorpórea con CEA 29. No hubo ninguna complicación intraoperatoria y la intervención duró 180 minutos con un sangrado estimado menor a 100 cc. La paciente fue dada de alta en el quinto día postoperatorio, sin incidencias durante su estancia hospitalaria. La anatomía patológica final reveló la presencia de un adenocarcinoma colónico pT3N0 y de un adenocarcinoma rectal pT2N0.

Discusión: Actualmente el abordaje laparoscópico ya está aceptado como gold-standard en la cirugía programada del área colorrectal. En la cirugía de urgencias queda sin embargo un largo camino por recorrer. Dadas sus ventajas ya demostradas recomendamos optar por esta vía en casos seleccionados, en centros de referencia y llevada a cabo por cirujanos experimentados.