



O-068 - DUDA DIAGNÓSTICA DEL ADENOCARCINOMA DE RECTO T1 O T2: CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL O ESCISIÓN TOTAL DEL MESORECTO

A. Caro Tarragó, X. Serra Aracil, L. Mora López, J.M. Hidalgo Rosas, M. Alcántara Moral, J. Bombardó Junca, I. Ayguavives Garnica y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: La ETM (escisión total del mesorecto) es el tratamiento estándar del cáncer rectal, con una morbilidad del 30% y mortalidad alrededor del 2%. La CET (cirugía endoscópica transanal) es el tratamiento de elección en los adenomas de recto, los adenocarcinomas in situ y T1 de bajo riesgo, con una morbilidad postoperatoria inferior al 10% y una mortalidad prácticamente nula. Delante de la duda diagnóstica entre T1 o T2 ¿es recomendable la CET o la ETM? Pensamos que aquellos pacientes que tras la CET presentan en el estudio anatomo-patológico definitivo un pT2 o superior, la cirugía de rescate en 4-8 semanas no altera el pronóstico de los pacientes.

Objetivos: Principal: determinar la supervivencia de los pacientes rescatados y su morbi-mortalidad. Secundarios: determinar el número de pacientes con duda diagnóstica preoperatoria, los beneficiados del tratamiento con CET y cuantos han necesitado cirugía de rescate. De los rescatados, determinar su diagnóstico inicial y evaluar el porcentaje de neoplásia.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de julio de 2004 hasta marzo de 2013 en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell. Pacientes con diagnóstico dudoso: biopsia preoperatoria de adenoma y estadioje urT2-T3 (grupo I) y con biopsia preoperatoria de adenocarcinoma y estadioje urT1-T2 (grupo II). Se analiza el número total de pacientes pertenecientes al grupo I y II con duda diagnóstica, los pacientes rescatados (? pT2) y aquellos que no han necesitado cirugía de rescate. Variables de estudio: técnica de rescate, morbi-mortalidad, diagnóstico inicial, resultado anatomo-patológico y supervivencia de los pacientes rescatados.

Resultados: Se han intervenido a 479 pacientes mediante CET. De estos, 286 pacientes pertenecían al grupo I y 116 al grupo II. 65 pacientes presentaban una indicación dudosa de CET. De estos se ha indicado cirugía de rescate en 33 pacientes (50,76%). 32 (49,23%) pacientes se han beneficiado de la CET como tratamiento definitivo. Cirugía de rescate: 13 amputaciones abdominoperineales de Miles, 6 resecciones anteriores bajas de recto y 7 resecciones anteriores bajas con ileostomía. Morbilidad: 3 efectos adversos grado II de Clavien, 1 efecto adverso grado IIIb de Clavien y 1 paciente con Clavien IV. Ausencia de tumor en 13 de las piezas. Pacientes rescatados: 27/33 (81,81%) han seguido controles hasta la actualidad, de estos, 23 (85,18%) siguen vivos y libres de enfermedad. En 3 (11,11%) se ha detectado recidiva sistémica y 1 recidiva sistémica y local (3,7%). Estos tres pacientes han sido exitus por progresión de la enfermedad y se ha registrado 1 exitus por otra causa.

Conclusiones: La CET debería considerarse como primera opción terapéutica para el tratamiento de tumores rectales en casos de duda diagnóstica. El 50% de los pacientes con indicación dudosa se beneficia de la CET como tratamiento definitivo. En cirugía de rescate, la CET previa no empeora el pronóstico de vida ni aumenta la morbilidad postoperatoria.