



O-071 - PREDICCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS DEL MESORRECTO TRAS EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL CÁNCER DE RECTO

S. Fernández-Ananín, E.M. Targarona, C. Martínez, M.P. Hernández, J. Bollo, J.C. Pernas, D. Hernández, C. Balagué y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: La escisión total del mesorrecto (TME) es la técnica quirúrgica de elección actual para el tratamiento de cáncer de recto bajo. Se trata de un procedimiento técnicamente exigente y su dificultad aumenta cuando es abordado por laparoscopia. Previamente, nuestro grupo demostró que la anatomía pélvica y las características tumorales tienen un impacto definitivo sobre el resultado perioperatorio, sin embargo, la influencia de la anatomía del paciente y las características del tumor sobre la calidad de la pieza quirúrgica cuando el procedimiento es abordado por laparoscopia no es bien conocida.

Objetivos: Evaluar el impacto que las características clínicas, anatómicas y quirúrgicas tienen en la obtención de la calidad del espécimen de resección cuando el cáncer de recto es abordado por laparoscopia.

Métodos: Serie de 88 pacientes afectos de cáncer recto situado a menos de 12 cm de margen anal intervenidos por vía laparoscópica entre enero de 2010 y julio 2012. Se recogieron los siguientes parámetros: características clínicas, anatómicas-pelvimétricas, quirúrgicas, y anatomopatológicas.. Se tomaron como variables dependientes: el margen de resección circunferencial y la calidad mesorrecto.

Resultados: La edad media fue 68 años (rango 28-87) y 53 pacientes (60,2%) fueron varones. La distancia media del tumor desde el margen anal fue de 7,8 cm (rango 1-12). Índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 25 (rango 18-36). Las intervenciones realizadas fueron 69 resecciones anteriores bajas y 19 amputaciones abdominoperineales. La tasa de conversión fue del 21%. La resección del mesorrecto fue completa en el 69,8%, casi completa en 11,6% e incompleta en el 18,4%. El 84% (n = 74) de los especímenes de resección presentaban un margen circunferencial (CRM) libre de neoplasia. El análisis univariable mostró que la positividad del margen de resección circunferencial estaba relacionado con el IMC ($p < 0,02$), el tiempo operatorio ($p < 0,04$) y el diámetro promontorio-subsacro ($p < 0,002$). En nuestra serie, el mesorrecto incompleto se relaciona con mayor cantidad de pérdida sanguínea durante la cirugía ($p < 0,01$) y más tiempo operatorio ($p < 0,04$). El análisis multivariado evidenció que el IMC es un factor predictivo independiente para la positividad del CRM y el tiempo operatorio y la edad son predictores independientes para la calidad del mesorrecto.

Conclusiones: Las características clínicas, anatómicas y quirúrgicas impactan en la calidad de los especímenes de resección tras TME laparoscópica. Esta información podría ser de interés para una adecuada selección de los pacientes abordados por laparoscopia o bien durante la curva de aprendizaje de los cirujanos, garantizando una óptima calidad de la pieza quirúrgica.