



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-356 - ESCISIÓN TOTAL DEL MESORRECTO POR VÍA TRANSANAL: EXPERIENCIA INICIAL TRAS 22 CASOS

Ferrusola Díaz, David; San Luis Verdes, Namibia; Mosquera Fernández, Cristina; Bravo Beltrán, Dayana; Concheiro Coello, Pablo; Tasende Presedo, Marta; Romero González, José Antonio; Noguera Aguilar, José Francisco

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, La Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: El abordaje del recto ha sido desde siempre un reto para el cirujano, debido a que su localización en la pelvis dificulta el acceso al mismo. En busca de una solución al problema surge una idea nueva: abordar el recto desde abajo. Esta técnica, que combina un abordaje híbrido abdominal y transanal se conoce como taTME (transabdominal-transanal total mesorrectal excision). Los resultados preliminares obtenidos por distintos grupos de trabajo son esperanzadores, mejorando la calidad del mesorrecto, con tiempos operatorios más cortos y menor morbilidad. El objetivo de este estudio fue analizar los datos de nuestra experiencia inicial en la taTME.

Métodos: Estudio prospectivo entre octubre 2015 y febrero 2017. Dos equipos de cirujanos trabajaban al mismo tiempo.

Resultados: 22 pacientes fueron incluidos (63,64% hombres y 36,36% mujeres). Un 45,5% tenían un IMC mayor de 25. En el estadije prequirúrgico por RM 16 pacientes (72,72%) eran T3, tres T2 (16,63%), y un T4. En el 9,09% (N = 2) el tumor se localizaba en recto inferior y en 20 en recto medio (90,91%) con distancia media al margen anal de 8,81 cm. 12 pacientes (54,54%) recibieron neoadyuvancia. En el 95,4% (N = 21) se realizó anastomosis mecánica y en el 4,54% (N = 1) coloanal manual. En el 90% se realizó ileostomía de protección. La extracción de la pieza se realizó transanal en 12 (54,55%) y por vía abdominal en 10 (45,45%). El tiempo medio quirúrgico fue de 260 minutos (rango 160-350 min). No hubo ninguna reconversión. Tres pacientes presentaron fuga anastomótica (13,63%) y todos ellos tenían ileostomía, realizándose drenaje transanal en dos pacientes y una reintervención con refuerzo de la anastomosis. La estancia media fue de 9,5 días (rango 4-28). 3 pacientes (13,63%) requirieron reingreso, uno por fuga anastomótica, otro por deshidratación por la ileostomía. El margen circunferencial (MC) resultó negativo en 21 casos (95,4%). De los MC positivos el 100% ya era predicho en la RM preoperatoria. En el análisis macroscópico de la pieza, el 50% (N = 11) la ETM fue completa, en 6 (27,27%) casi completa y en 5 (22,73%) incompleta. Como complicaciones tardías, 2 estenosis de la anastomosis (uno asociado a fuga previa) y una hernia perileostomía. Un paciente presentó recidiva local (4,54%) a los 18 meses de la cirugía, este presentaba criterios de mal pronóstico en la anatomía patológica y sin respuesta a neoadyuvancia.

Conclusiones: El análisis patológico muestra una buena calidad de los especímenes de la ETM. El porcentaje de complicaciones es satisfactorio y comparable a las series publicadas. El tiempo quirúrgico por el momento es elevado debido a que estamos en la curva de aprendizaje. Los resultados oncológicos, aunque el tiempo de seguimiento por el momento es corto, también son satisfactorios. La ETM por vía transanal combinada con

laparoscopia convencional puede ser el tratamiento de elección en pacientes con neoplasia de recto medio-bajo, con mayor cirugía de conservación de esfínteres y con resultados oncológicos, una vez superada la curva de aprendizaje, superiores a la laparoscopia convencional, especialmente indicado en varones, obesos, pelvis estrecha o tumor voluminoso.