



www.elsevier.es/cirugia

P-396 - ESCISIÓN TOTAL DEL MESORRECTO VÍA TRANSANAL CON LAPAROSCOPIA ASISTIDA EN UN CASO DE CÁNCER SINCRÓNICO DE RECTO INFERIOR Y CIEGO

Martínez Fernández, Josefina; Guillén, María Pilar; Morales, Álvaro; Moreno, Amando; Pardo, José Luis

Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz.

Resumen

Resultados: Presentación de un caso clínico de cáncer de recto inferior con cáncer sincrónico de ciego tratado mediante abordaje transanal por monopuerto con escisión mesorrectal total (EMT) y cirugía laparoscópica.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años, sin antecedentes de interés que consulta por sangre mezclada en heces y pérdida de 3 kg de peso. Colonoscopia: lesión en recto inferior a 5 cm del margen anal, infiltrativa, que ocupa 2/3 de la circunferencia con biopsia positiva para adenocarcinoma, próxima a ciego presenta otra tumoración mamelonada y exofítica con biopsias positivas para displasia grave. Marcadores tumorales: CEA 7,5 ng/ml y CA19,9: 50 U/ml. RMN pelvis: T2N0. Estudio de extensión sin enfermedad a distancia. Se programa la cirugía con dos equipos quirúrgicos trabajando de forma sincrónica, por vía transanal asistida con dispositivo monopuerto (Gel Point) realizamos una bolsa de tabaco distal al tumor y procedemos a la protectomía con electrobisturí en sentido proximal, de forma circumferencial y siguiendo los planos para realizar EMT. Para el tiempo abdominal realizamos un abordaje laparoscópico, con 5 trócares, descenso del ángulo esplénico del colon, movilización del colon izquierdo de medial a lateral, ligadura de vasos mesentéricos inferiores en su origen hasta encontrarnos los dos planos abdominal y transanal. Se extrae la pieza transanal y anastomosis coloanal T-T con endograpadora circular de 32 mm, dejando drenaje aspirativo de baja presión en pelvis. Posteriormente por vía laparoscópica movilizamos el colon derecho con descenso del ángulo hepático, ligadura de vasos ileocólicos y cólicos derechos y a través de minilaparotomía en FID, exteriorizamos la pieza y confeccionamos anastomosis ileocólica T-L mecánica circular de 25 mm, además de ileostomía de protección exteriorizada por la misma incisión. El paciente en el postoperatorio evolucionó de forma favorable, siendo dado de alta al 6º día. Anatomía patológica: adenocarcinoma rectal T3aN0, con margen distal de 25 mm sin afectación, adenocarcinoma de ciego T1N0. Sabemos que la cirugía laparoscópica del recto es una técnica segura, que disminuye la estancia hospitalaria así como la convalecencia postoperatoria, sin interferir en los resultados oncológicos. Sin embargo, tiene una tasa de conversión superior al 15%, pudiendo llegar al 25% en pacientes con pelvis estrecha. La vía transanal es una técnica quirúrgica mediante la cual movilizamos el recto de distal a proximal utilizando material rígido o flexible, facilitando la EMT, sobre todo en pelvis complejas, obteniendo márgenes distales libres de tumor con mayor seguridad. Está especialmente indicada en tumores de recto inferior tipo II y III, en los que debe realizarse una resección interesfinteriana parcial o total, permitiendo una mejor visualización del campo quirúrgico, además de solventar las limitaciones de la laparoscopia convencional como la sección rectal y el margen distal. También facilita el tratamiento en pacientes con características desfavorables como son obesos, sexo masculino, tumores voluminosos o pelvis estrechas.

Discusión: El abordaje transanal para la EMT en el cáncer de recto inferior es una técnica válida y factible que ayudada de dispositivos monopuerto mejora y facilita la disección, ayuda a la sección rectal con margen distal suficiente, manteniéndose los criterios oncológicos de resección.