CIR ESP. 2019;97(Espec Congr 2):12

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-102 - CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEO): NUESTRA SERIE DE 115 CASOS

Arruabarrena Oyarbide, Arantxa[1]; Martín López, Asier[2]; Aramendia García, Irene[1]; Otegi Altolaguirre, Ibai[1]; Busto Vicente, María Jesús[1]; Uranga Goikoetxea, Antonio[1]; Clemares de Lama, Marta[1]; Erro Azcárate, José María[1]

[1]Hospital de Zumárraga, Zumárraga; [2]Hospital Donostia, San Sebastián.

Resumen

Introducción: La exéresis de espesor completo de adenomas y adenocarcinomas rectales en estadios iniciales (T1) por vía transanal (TEO/TEM/TAMIS) se considera el tratamiento de elección respecto a la cirugía radical con resultados oncológicos similares y menor morbimortalidad.

Métodos: Presentamos nuestra serie consecutiva de 115 casos de TEO (febrero 2011-marzo 2019). Los criterios estrictos de inclusión comprenden tumores benignos y adenocarcinomas T1N0. Excepcionalmente, se incluyeron 2 casos (T2-T3N0) con neoadyuvancia y regresión clinicopatológica significativa que rechazaron cirugía radical y estoma temporal o definitivo. El estudio preoperatorio incluye rectoscopia rígida, ecografía endorrectal y RM pélvica. La cirugía fue realizada por 2 cirujanos alternando tiempo de resección y sutura. La cirugía transanal se realizó bajo anestesia general con relajación profunda (perfusión de rocuronio) y T.E.O (Stortz) con las tres longitudes posibles (7-15-20 cm). El análisis estadístico de supervivencia y recidiva se realizó con test de Kaplan-Meier.

Resultados: Serie de 115 pacientes (79 varones/36 mujeres) con edad media de 69 años (43-90). Se operaron 46 adenomas y 63 pT1 (5pT1sm^2, 1pT1sm^3 con QT-RT adyuvante) y 3 pT2 (2 pacientes añosos y el restante con rescate quirúrgico). Se realizó neoadyuvancia y TEO en 2 casos T2-T3N0 con remisión completa clinicopatológica en uno y un ypt1sm^2 en el restante con 5 años libres de enfermedad; asimismo, un TEO paliativo (ypT2 con respuesta R2) fallecida por otra causa sin recidiva. El tamaño medio de la lesión fue de 3 cm (< 1-9 cm). La altura fue ≤ 5 cm de margen anal (30%), 5-10 cm (40%) y 10-18 cm (30%). La variabilidad en la altura (rectoscopia-TEO) fue mayor en las ≥ 5 cm respecto a las < 5 cm (0,68 cm/0,58 cm: p: 0,014). La resección fue de espesor completo y márgenes quirúrgicos libres en todos los casos. Se realizó sutura en todos los casos excepto en 2 lesiones muy distales (abierto) y otras 2 con sutura coloanal manual. La estancia media fue de 2 días (1-16). La morbilidad global fue del 4, 35%: 5 casos Clavien–Dindo IIIb (3 hemorragias: 1 caso con embolización de hemorroidal media, 2 casos muy distales con revisión endoscópica y esclerosis, 1 dilatación por estenosis y 1 sonda pezzer en absceso suturario). La perforación intraoperatoria en lesiones altas solventada con sutura transanal con TEO no se consideró como complicación. La mortalidad fue nula. Tras un seguimiento medio de 30 meses (1-60) tenemos 2 recidivas (1,73%): una recidiva vellosa (nuevo TEO) y otra recidiva distal de un pT1sm^2 (RT ciclo corto y amputación abdominoperineal). Tras análisis histopatológico fue preciso rescate quirúrgico en 1ypT2

(amputación abdominoperineal), 2 casos pT2 (resecciones anteriores laparoscópicas) y 1pT3 (resección anterior baja laparoscópica) sin hallar lesión en la sutura del TEO y con muestreo adenopático adecuado sin malignidad. En 2 pacientes añosos (88 años con comorbilidad reseñable) con pT2 a 3 cm de margen anal se consensuó seguimiento (1 con QT-RT adyuvante y otro sin adyuvancia) por expreso deseo de no someterse a amputación abdominoperineal.

Conclusiones: La cirugía transanal (TEO) es una técnica segura, con escasa morbilidad y factible (incluso en lesiones muy distales o en recto superior) con resultados oncológicos dentro de los estándares aceptados.

0009-739X © 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados