



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-274 - NEOPLASIAS RECTALES: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ABORDAJE TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVO (TAMIS)

Trujillo-Díaz, Jeancarlos J.; Ruiz-Soriano, María; Jezieniecki-Fernández, Carlos; Gómez-Sanz, Tania; Cabezudo-Molleda, Guillermo; Romero de Diego, Alejandro; de Andrés Asenjo, Beatriz; Beltrán de Heredia-Rentería, Juan

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Objetivos: La cirugía mínimamente invasiva mediante abordaje transanal (TAMIS) utiliza los instrumentos convencionales de la laparoscopia mediante una plataforma de puerto único transanal. Una de sus ventajas es que ofrece una visión de 360° del canal rectal que permite realizar resecciones en múltiples cuadrantes. Sus indicaciones son tanto para lesiones benignas (adenomas, tumores carcinoides) y malignas (T1N0 y probablemente también se benefician los pacientes con cáncer rectal T2N0, además se considera esta opción en pacientes con enfermedad avanzada y con comorbilidades graves o que rechacen una cirugía radical y más agresiva). Los criterios para tratar lesiones malignas no son del todo claras, es por ello que decidimos realizar la siguiente revisión y exponer nuestra experiencia de resección local de tumores rectales mediante abordaje transanal.

Métodos: Estudio analítico, retrospectivo analizando nuestra base de datos de pacientes con tumores rectales sometidos a resección local mediante abordaje transanal mínimamente invasivo, desde enero-2014 hasta diciembre-2020.

Resultados: Un total de 46 pacientes fueron sometidos a resección vía TAMIS. Mujeres: 19 (41,3%), hombres: 27 (58,7%). Edad media: 73 ± 8,9 años. > 75 años: 21 (45,7%). Clasificación ASA: I 2,2%, II 37%, III 52,2%, IV 8,7%. Tipo de lesión: cicatriz: 13 (28,3%), adenoma: 16 (34,8%), carcinoma: 17 (37%). Localización: anterior: 11 (23,9%), antero-lateral: 8 (17,4%), posterior: 12 (26,1%), postero-lateral: 11 (23,9%), lateral: 4 (8,7%). Diagnóstico preoperatorio: fibrosis: 1 (2,2%), displasia de bajo grado: 8 (17,4%), displasia de alto grado: 11 (23,9%), pTis: 10 (21,7%), pT1: 9 (19,6%), pT2: 6 (13%), pT3: 1 (2,2%). Distancia margen anal: 6 (RIQ: 4-8,25 cm). Plataforma utilizada: GelPOINT: 35 (76,1%), separador: 8 (17,4%), TEO: 2 (4,3%), SILS: 1 (2,2%). Tamaño lesión: 22,75 (RIQ: 9-30,5 mm). Tiempo quirúrgico: 70 (RIQ: 45-120 min). Cierre de mucosa: 40 (87%). Reconversión a laparoscopia: 4 (8,7%). Complicaciones globales: 15 (32,6%). Complicaciones CD ? III: 2 (4,3%). Tipo de complicaciones: dolor: 2 (4,3%), dehiscencia: 2 (4,3%), hemorragia: 8 (17,4%), cardíacas: 2 (4,3%). LOS: 3,5 (RIQ: 2-5,25 días). Tipo de resección: R0: 41 (89,1%), R1: 3 (6,5%), R2: 2 (4,3%). Diagnóstico anatomopatológico: fibrosis: 15 (32,6%), displasia de bajo grado: 7 (15,2%), displasia de alto grado: 2 (4,3%), pTis: 13 (28,3%), pT1: 2 (4,3%), pT2: 5 (10,9%), pT3: 2 (4,3%). Necesidad de resección mayor: 7 (15,2%). Seguimiento: 49,5 (RIQ: 31,75-67,5 meses). Recurrencias durante el seguimiento: 4 (8,7%). Supervivencia global: 90,6 (IC95%: 83,7-97,5 meses). Los pacientes que presentaron complicaciones globales y en los que se realizaron resecciones ? R1 tuvieron una menor supervivencia global: 73,7 (IC95%: 88,7-99,5 meses) vs. 94,1 (IC95%: 59,1-88,3 meses), p = 0,1 y 48,8 (IC95%: 27,4-70,2 meses) vs. 92,4 (IC95%: 86,3-98,6 meses), p = 0,04

respectivamente. Los pacientes en los que se realizaron resecciones ? R1 y los que requirieron una resección mayor presentaron una mayor incidencia de complicaciones globales: 60% vs. 29,3%, $p = 0,1$ y 57,1% vs. 28,2%, $p = 0,1$ respectivamente. Los pacientes con resecciones ? R1 presentaron una mayor incidencia de complicaciones graves (Clavien-Dindo ? III) y de recidivas: 20% vs. 2,4%, $p = 0,045$ y 40% vs. 4,9%, $p = 0,009$ respectivamente.

Conclusiones: El abordaje mediante TAMIS de las lesiones rectales es una opción válida que evita cirugías agresivas en pacientes seleccionados. En nuestro medio resulta un abordaje seguro, con bajas tasas de complicaciones y de recurrencias, con una supervivencia global considerable, salvo en pacientes con resecciones R1. Es una opción válida incluso en pacientes seleccionados con tumores T2, y T3 con elevado riesgo quirúrgico.