



P-403 - NUESTRA EXPERIENCIA EN TÉCNICA PULL-TROUGH DE TURBULL-CUTAIT: ALTERNATIVA SEGURA Y FUNCIONAL

Zambrano Cárdenas, Kevin Joel; Adriano Castro, Roberto; Úbeda Belmonte, Vicente; Rodríguez García, Alejandro; Álvarez Sarrado, Eduardo; Primo Romaguera, Vicent; Sancho Muriel, Jorge; Flor Lorente, Blas

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Análisis descriptivo de los casos intervenidos con anastomosis coloanal en dos tiempos mediante técnica *pull-through* de Turbull-Cutait en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, unicéntrico, que incluye a los pacientes intervenidos mediante esta técnica entre 2015 y 2025. Los datos se presentan mediante números absolutos y porcentajes para variables categóricas, y media o mediana para variables cuantitativas según distribución de normalidad, analizada con test de Shapiro-Wilk. El análisis de los datos se realiza con IBM SPSS Statistics 22. Se han intervenido 10 pacientes, todos en el contexto de cáncer colorrectal. La edad media fue de 56 años, con un 50% de mujeres y un 80% clasificados como ASA II. 1 paciente fue intervenido al diagnóstico por neoplasia de recto superior. Los 9 restantes presentaban tratamiento previo con complicaciones: 6 fistulas rectales (3 rectovaginales, 1 rectoglútea, 1 rectovesical y 1 rectocecal), 2 reconstrucción de colostomía terminal (1 por isquemia anastomótica y 1 por dehiscencia), y 1 recidiva tumoral sobre cicatriz tras TAMIS. 8 pacientes tenían neoplasia de recto y 1 de sigma. Las cirugías previas incluyeron RAR en el 66,7%, RAUB, TAMIS y sigmoidectomía, cada una en el 11,1%. El 77,7% presentó estadio IIIB y el 22,2% estadio I. Recibieron neoadyuvancia el 66,7% (55,6% QRT y 11,1% RT), todas neoplasias de recto, y adyuvancia en el 33,3% (22,2% QT, 1 la neoplasia de sigma, y 11,1% con BT por margen R1).

Resultados: 5 pacientes presentaron fuga anastomótica, 4 desarrollaron fistula rectal, junta a 2 casos más, sin dehiscencia aparente. Al momento de la cirugía *pull-through*, 5 pacientes portaban colostomía terminal, 3 motivaron la cirugía por fistula y 2 por reconstrucción del tránsito. La mediana de hospitalización fue de 14 días (rango 11-36), y el intervalo entre ambos tiempos quirúrgicos fue de 8 días (rango 7-12). Según la clasificación de Clavien-Dindo, el 50% no presentó complicaciones, el 20% grado II, 20% grado III y 10% grado IV. Un paciente requirió revisión quirúrgica por sangrado anastomótico y otro por isquemia del muñón. El seguimiento tiene una mediana de 2 años (rango 1-10), con todos los pacientes libres de enfermedad oncológica. En cuanto a la función defecatoria, 6 están en seguimiento por manejo intestinal: 3 (50%) presentan puntuaciones severas en escalas de WEXNER y LARS. Su tratamiento es variable, incluyendo manejo médico 3 (50%), ITA, ENTP y TENS con un 16,6% cada uno. Hay otros 3 paciente con manejo médico ocasional, sin seguimiento específico. En cuanto a nuevas estomas, el 70% no los ha requerido. 1 porta Bricker por vejiga neurógena, 1 ileostomía en asa por estenosis anastomótica, y 1 ileostomía

terminal por isquemia del muñón colónico.

Conclusiones: Este abordaje representa una estrategia quirúrgica válida en casos seleccionados de alta complejidad o tras complicaciones previas. Aunque puede afectar la función defecatoria, se controla con seguimiento especializado, reduce el riesgo de dehiscencia anastomótica y permitir la reconstrucción del tránsito sin estoma definitivo. No obstante, puede suponer grave morbimortalidad, debiendo tener clara su indicación de forma individualizada.