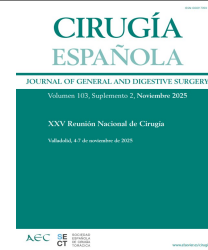




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-090 - CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: DONDE NADIE MÁS VE

García Sánchez, Fernando; Blasco Delgado, Olga; Vargas Cascón, Esperanza Macarena; Miguélez Sierra, Paula; Rosillo Sánchez, Natalia; Durán Ávila, José Javier; Alarcón González, María Isabel; Pérez García, José Alberto

Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Resumen

Introducción: La cirugía endoscópica transanal (TEO) de lesiones rectales, tanto benignas como malignas en estadio temprano (T1), es una técnica consolidada que permite evitar cirugías más agresivas, con buenos resultados y rápidas recuperaciones. En el caso de lesiones malignas T1 de pacientes seleccionados, es una alternativa terapéutica válida, que permite la extirpación precisa y completa de las lesiones. El objetivo es presentar la posibilidad de emplear esta técnica también como parte del arsenal diagnóstico cuando existen discordancias entre las diferentes pruebas realizadas, a propósito de un caso.

Caso clínico: Varón de 63 años, sin antecedentes de interés, estudiado en Medicina Interna debido a consulta de mucosidad en heces, sin otra sintomatología asociada. En consulta se palpa tumoración anal a 8 cm del margen anal, por lo que se realiza estudio de extensión. En colonoscopia se objetiva lesión polipoidea sésil de 4 cm de base de implantación de aspecto vellosa a 8 cm de margen anal, con conservación de patrón glandular (Kudo III L), tomándose biopsia con resultado de adenoma vellosa. La RMN informa de lesión tumoral polipoidea en pared lateral derecha de 3,8 cm de diámetro, sin afectación transmural, observándose adenopatías de pequeño tamaño de 6 mm en celda mesorrectal y 7 mm a nivel presacro y en vasos ilíacos internos derechos y externos izquierdos, considerándose T2N2. Se realiza ecografía endorrectal, visualizando lesión de densidad heterogénea en lateral derecho hacia posterior a 8-9 cm de margen anal, con sospecha de afectación muscular, sin adenopatías, considerándose T2Nx. Al tratarse de un tumor de aspecto vellosa, sin sospecha de malignidad de tercio medio de recto, con biopsias de benignidad, pero en RMN con sospecha de estadio avanzado se comenta caso en Comité de Tumores planteándose dos opciones: radioterapia y cirugía, con quimioterapia posterior: limitada por la no existencia de biopsias de malignidad. La intervención supondría anastomosis baja con ileostomía lateral y alto riesgo de síndrome de resección anterior baja, con los riesgos añadidos de la quimioterapia y radioterapia. Realizar resección endoscópica transanal y obtener AP completa, con riesgo de requerir quimioterapia y tratamiento neoadyuvante. Se decide de forma conjunta realizar TEO, el paciente comprende y acepta. Se realiza TEO sin incidencias posoperatorias. Se confirma histología de adenoma tubulovelloso de 4 cm de dimensión mayor con displasia epitelial de alto grado focal, márgenes de resección libres. Clínicamente asintomático en consultas de revisión, deposiciones sin productos patológicos. Rectoscopia de control a los 4 meses: cicatriz de cirugía, sin signos de recidiva.

Discusión: La cirugía endoscópica transanal (TEO) demostró ser no solo una alternativa terapéutica segura y efectiva para lesiones rectales en estadios tempranos, sino también una herramienta diagnóstica útil en casos con discordancia entre pruebas de imagen e histología. Permitió evitar una cirugía radical innecesaria, reducir la morbilidad asociada y confirmar el carácter benigno de la lesión. La adecuada selección del paciente y la discusión en un comité multidisciplinar fueron claves. Este enfoque reafirma el valor de la TEO como parte

del arsenal diagnóstico-terapéutico en la patología rectal.