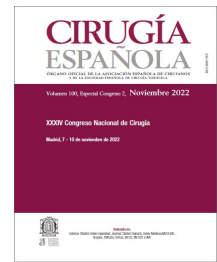




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-176 - AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL CON PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

Ortega Ferrete, Ana del Carmen de Caños Santos; Abadía Bano, Pedro; Oto González, Diego; Juez Sáez, Luz Divina; García Pérez, Juan Carlos; Hevia Palacios, Vital; Die Trill, Javier; Fernández Cebrián, Jose María

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La vía laparoscópica como alternativa para amputación abdominoperineal con prostatectomía radical en pacientes con adenocarcinoma de recto con posible infiltración prostática y múltiples cirugías previas frente a la vía abierta.

Caso clínico: Varón de 72 años intervenido mediante gastrectomía total en Y de Roux en noviembre de 2021 por cáncer gástrico pT2N0 con carcinoma de recto sincrónico T4 N1. Colonoscopia: lesión estenosante que afecta al canal anal y a los últimos centímetros de recto distal (globalmente abarca los últimos 5-6 cm distales hasta el margen anal al que afecta). AP: adenocarcinoma infiltrante. TC abdominopélvico: Existe una pérdida de plano graso de separación con fascia mesorrectal anterior derecha que no permite descartar infiltración de la misma. Se presenta el caso en Comité Multidisciplinar RT neoadyuvante de ciclo corto con cirugía posterior (amputación abdominoperineal con prostatectomía radical laparoscópica). Fin de neoadyuvancia última semana enero 2022. RMN pélvica posneoadyuvancia: Sustitución de tejido tumoral por tejido fibrótico que afecta fundamentalmente al recto inferior y al margen circunferencial anterior incluso a la próstata. Se inicia la intervención con la visualización de adherencias de cirugías previas con posterior disección lateral del mesocolon sigmoideo. Tras ello comenzamos con el abordaje de los vasos mesentéricos con disección del retroperitoneo e identificación del uréter izquierdo. Se visualiza el pedículo vascular con ligadura de VMI, arteria sigmoidea y arteria hemorroidal con Hemolocks. Posteriormente se comienza con la disección mesorrectal posterior, lateral y posterior. A continuación se accede desde el saco de Douglas al espacio preperitoneal con la identificación y posterior ligadura de los conductos deferentes. Se realiza un abordaje prostático extraperitoneal por el espacio de Retzius. Se descuelga la vejiga de la pared abdominal y a nivel del cuello vesical se procede a la apertura de la vía urinaria. Se localizan y ligan mediante Hemolocks ambos pedículos prostáticos. Se realiza el abordaje perineal en litotomía con extracción de la pieza quirúrgica en bloque y posterior cierre del mismo por planos. Por último se lleva a cabo la anastomosis vesicouretral con 2 suturas continuas de Vlocks y la colostomía terminal en FII. El paciente evoluciona favorablemente durante el posoperatorio con buena tolerancia oral y adecuado funcionamiento del estoma. Fue dado de alta al 6º DPO con AS previa al alta: PCR de 54 sin leucocitosis. Al mes de la intervención se realiza cistografía donde no se objetiva fuga vesical retirándose la sonda AP: adenocarcinoma de recto de bajo grado histológico. pT3 N0. Bordes quirúrgicos libres; adenocarcinoma acinar intraprostático Gleason 6 (6+6). Bordes libres. pT2Nx.

Discusión: La amputación abdominoperineal con prostatectomía radical es factible en casos de adenocarcinoma de recto con posible infiltración prostática en pacientes con múltiples cirugías previas.