

## Cartas científicas

# Empleo de la microcirugía transanal endoscópica en recidiva de cáncer de próstata a nivel pararectal

## Transanal endoscopic microsurgery for the treatment of a pararectal prostatic cancer recurrence

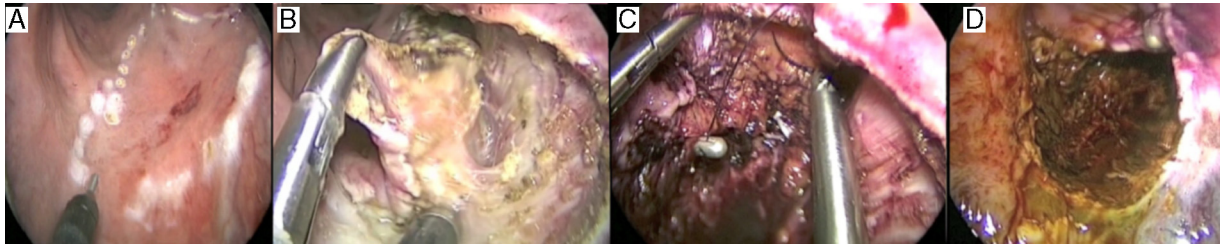
La técnica de microcirugía transanal endoscópica (TEM) se ha mostrado muy útil en la extirpación de lesiones intraluminales del recto tanto benignas como malignas<sup>1</sup>. Sin embargo, existe poca experiencia en su uso en enfermedades ajenas a la coloproctología y de otra localización. Presentamos un caso que muestra la localización ecoendoscópica y la extirpación mediante TEM de la recidiva pararectal de una neoplasia de próstata.

Se trata de un paciente de 66 años con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata (T1c N0 M0, Gleason 6), tratado mediante braquiterapia con implante de semillas de <sup>125</sup>I en mayo de 2006. Siguió revisiones periódicas con control clínico y bioquímico sin evidencia de recidiva de la enfermedad durante 44 meses, hasta febrero de 2010 en que se objetivó una elevación progresiva de las cifras de PSA (hasta 8,6 ng/ml). Se realizó una RMN pélvica, observándose un nódulo pararectal derecho de 2 cm de diámetro que también se evidenció en un estudio PET-colina, como una captación nodular única en región pararectal sugestiva de recaída local<sup>2</sup>. Mediante ecoendoscopia rectal, se confirmó la presencia del nódulo en la grasa perirrectal en cuadrante anterolateral derecho con infiltración puntual de la muscular propia del recto. Se realizó

punción-biopsia del mismo y marcado mediante implante de una semilla de oro. El estudio citológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma. Se inició tratamiento de bloqueo androgénico completo mediante zoladex y casodex, observándose buena respuesta bioquímica traducida en una disminución del PSA a cifras de 0,5 ng/ml a los 3 meses. A pesar de ello, se objetivaba la persistencia del nódulo en RMN, aunque con cambios secundarios al tratamiento. El estudio PET-colina a los 6 meses objetivó una normalización del foco descrito en región pararectal, en relación con respuesta metabólica a los tratamientos recibidos. Ante esta situación de la buena respuesta bioquímica y persistencia de la lesión en la RMN, se decidió la realización de exéresis quirúrgica de la misma. En diciembre de 2010, previa localización intraoperatoria de la lesión con ecoendoscopia rectal (fig. 1) y marcaje con pinza de biopsia, se realizó la resección mediante técnica de TEM (fig. 2A y B). La pieza reseçada medía 4,5 × 4,2 cm y en su interior alojaba la lesión tumoral, que tenía un tamaño de 1,2 × 1,2 cm. El cierre del defecto se realizó mediante sutura continua de monocryl 3/0, fijada en sus extremos con topes de plata. Tras lavar con povidona yodada, se dejó en la porción medial y distal un orificio de 0,5 cm para drenaje (fig. 2C y D). El



Figura 1 - Identificación mediante ecoendoscopia de la lesión tras haber recibido tratamiento preoperatorio.



**Figura 2 – A) Delimitación de margen de seguridad alrededor de la lesión, previamente marcada con pinza de biopsia. B) Extirpación mediante TEM de la recidiva tumoral, en la que se observa la apertura del espesor completo de la pared rectal hasta alcanzar el plano prostático. C) Cierre parcial del defecto con sutura continua monofilamento 3/0, fijada en sus extremos con topes de plata. D) Aspecto final del recto tras el cierre parcial del defecto y lavado con povidona yodada.**

tiempo quirúrgico fue de 158 min y no hubo dificultades técnicas añadidas. El día antes de la intervención se había realizado preparación intestinal completa.

El diagnóstico anatomopatológico fue de infiltración de la grasa perirrectal y la capa muscular propia del intestino grueso por un adenocarcinoma compatible con un origen prostático, con modificaciones postratamiento. Los márgenes de resección estaban libres de infiltración.

El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones reseñables y el paciente fue dado de alta al tercer día tras la cirugía. Como incidencia, una vez dado de alta, cabe destacar un episodio febril asociado a dolor anal, secundario a dehiscencia de la sutura sin presencia de colecciones, que presentó buena respuesta clínica a tratamiento con antibiótico y antiinflamatorios.

Ante la necesidad de resección de una lesión perirrectal, el abordaje mediante una vía mínimamente invasiva, como es la TEM, se convierte en una buena opción terapéutica. En este caso, de otra manera habría sido necesaria una resección anterior de recto. Esta hubiera sido mucho más agresiva, con mayor repercusión funcional y con un postoperatorio más doloroso y largo<sup>3-6</sup>. En situaciones como la presentada, la TEM se convierte en una técnica poco cruenta y que salvaguarda los principios de seguridad oncológica, al presentar unos márgenes de resección libres de enfermedad. Para asegurarlos, fue imprescindible el empleo complementario de la ecoendoscopia rectal intraoperatoria para la localización y marcaje exacto de la lesión. La ecoendoscopia podría haberse realizado con anterioridad a la cirugía, para disminuir el tiempo operatorio. En este caso se optó por realizarla en el mismo acto quirúrgico para evitar una sedación adicional. La TEM es una técnica que, desde su implantación, ha ido aumentando progresivamente sus indicaciones, desde las lesiones benignas o el cáncer rectal precoz<sup>7</sup> hasta la resección de estenosis benignas rectales<sup>8</sup>, tumores retrorrectales<sup>9</sup>, prolapso de recto, traumatismos rectales o fecalomas impactados<sup>10</sup>. Se puede concluir que la asociación de la ecoendoscopia rectal y la técnica de TEM permite la exéresis completa de lesiones extraluminales de difícil acceso por otras vías de abordaje.

## BIBLIOGRAFÍA

- Dias AR, Nahas CSR, Marques CF, Nahas SC, Ceconello I. Transanal endoscopic microsurgery: Indications, results and controversies. *Tech Coloproctol*. 2009;13:105-11.
- Richter JA, Rodríguez M, Rioja J, Peñuelas I, Martí-Climent J, Garrastachu P, et al. Dual tracer 11C-choline and FDG-PET in the diagnosis of biochemical prostate cancer relapse after radical treatment. *Mol Imaging Biol*. 2010;12:210-7.
- Wang HS, Lin JK, Yang SH, Jiang JK, Chen WS, Lin TC. Prospective study of the functional results of transanal endoscopic microsurgery. *Hepatogastroenterology*. 2003;50:1376-80.
- Mihai R, Borley N. Transanal endoscopic microsurgery—impact on the practice of a colorectal surgeon in a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005;87:432-6.
- Winde G, Nottberg H, Keller R, Schmid KW, Bünte H. Surgical cure for early rectal carcinomas (T1). Transanal endoscopic microsurgery vs. anterior resection. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:969-76.
- Cataldo PA, O'Brien S, Osler T. Transanal endoscopic microsurgery: A prospective evaluation of functional results. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:1366-71.
- Márquez MF, Duarte AR, Gil FR, Lozano RB, García AA, Sierra IB. Indications and results of transanal endoscopic microsurgery in the treatment of rectal tumours in a consecutive series of 52 patients. *Cir Esp*. 2011;89:505-10.
- Baatrup G, Svendsen R, Ellensen VS. Benign rectal strictures managed with transanal resection - A novel application for transanal endoscopic microsurgery. *Colorectal Dis*. 2010;12:144-6.
- Serra Aracil X, Gómez Díaz C, Bombardó Junca J, Mora López L, Alcántara Moral M, Ayguavives Garnica I, et al. Surgical excision of retrorectal tumour using transanal endoscopic microsurgery. *Colorectal Dis*. 2010;12:594-5.
- Hermoso Bosch J, Serra Aracil X, López LM, Cantarín CC. Application of transanal endoscopic microsurgery (TEM) to remove an impacted faecaloma. *Cir Esp*. 2012;90:205-6.

Jorge Arredondo<sup>a,\*</sup>, Jorge Baixauli<sup>a</sup>, José Carlos Subtil<sup>b</sup>, Mauricio Cambeiro<sup>c</sup> y José Luis Hernández-Lizoáin<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía General, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

<sup>b</sup>Departamento de Digestivo, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

<sup>c</sup>Departamento de Oncología Radioterápica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jarredondo@outlook.es (J. Arredondo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.001>