

RECTO-ANO

COMUNICACIONES ORALES

O-141. CUANTIFICAR LA EXTENSIÓN DE LA FÍSTULOTOMÍA. ¿CUÁNTO ESFÍNTER PODEMOS SECCIONAR DE FORMA SEGURA? ESTUDIO CON ECOGRAFÍA ENDOANAL TRIDIMENSIONAL

M. Garcés Albir, S.A. García Botello, P. Esclapez Valero, A. Sanahuja Santafé, J. Raga Vázquez y A. Espí Macías

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: Cuantificar la sección longitudinal del esfínter anal interno (EAI) y del esfínter anal externo (EAE) después de la fistulotomía utilizando la ecografía endoanal tridimensional (ECOEA-3D) y correlacionando los resultados con el grado de incontinencia postoperatoria.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo consecutivo en la Unidad de Cirugía Colorrectal entre diciembre de 2008 y octubre de 2010. A todos los pacientes se les realizó una ECOEA-3D (B-K 2050 probe) antes y después de la cirugía. Preoperatoriamente mediante la ECOEA-3D se clasificaron las fístulas en: interesfintéricas (no lesión del EAE), transesfintéricas bajas (lesión < 66% del EAS) y transesfintéricas altas (lesión > 66% del EAE). A todos los pacientes con fístulas interesfintéricas o transesfintéricas bajas, sin factores de riesgo para incontinencia, se les realizó una fistulotomía. La ECOEA-3D postoperatoria se realizó a las 8 semanas de la intervención midiendo la extensión longitudinal de la esfinterotomía en el EAI y en el EAE, y su relación con el espesor total de los esfínteres. La incontinencia fecal fue evaluada con la escala Jorge-Wexner en el postoperatorio, a los 6 meses y al año tras la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes (11 mujeres, 25 hombres) con una mediana de edad de 43 años (rango, 21-76). Después de un año de seguimiento la tasa de recurrencia fue del 0%. Doce pacientes presentan una fístula transesfintérica baja y 23 una fístula interesfintérica. Existe una fuerte correlación entre las medidas preoperatorias de la lesión del esfínter con la ECOEA-3D, los hallazgos intraoperatorios y las medidas postoperatorias con ECOEA-3D de la sección del esfínter (Spearman test; $p < 0,001$). El porcentaje de lesión de los esfínteres (pre y postoperatorio) y la relación entre la altura de sección del esfínter y la continencia anal se muestran en las tablas 1 y 2 respectivamente. Sólo 5 pacientes (13,9%) empeoraron su continencia fecal tras la cirugía aunque está fue leve (< 3/20 en la escala Jorge-Wexner). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la continencia anal pre y postoperatoria (U-Mann Whitney, $p > 0,05$).

Conclusiones: En los pacientes sin factores de riesgo, la sección de hasta el 66% del EAE durante la fistulotomía se asocia con excelentes tasas de curación y buena continencia fecal.

Tabla 1. Porcentaje de lesión de los esfínteres pre y postoperatorio

	Esfínter anal interno	Esfínter anal externo
Preoperatorio	27,8 (0-70)	32,45 (0-87,5)
Postoperatorio	29,2 (0-65)	40,5 (0-100)
Mediana (rango) $p < 0,05$.		

Tabla 2. Relación entre la sección del EAE medida mediante ECOEA-3D y la escala de continencia fecal (n = 36)

		Empeoramiento de la continencia anal		Total
		No	Si	
Nivel de división del EAE	1/3 inferior	12	3	15
	1/3 medio	19	1	20
	1/3 superior	0	1	1
Total	31	5	36	

Likelihood ratio, p = 0,048.

O-142. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA ESTIMULACIÓN TRANSCUTÁNEA DEL NERVIU TIBIAL POSTERIOR EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

M. Jiménez Toscano, D. Vega Menéndez, B. Valle, L. Vega López, S. Linacero Martín, M. Lasala Gausa, C. Fiuza Marcos, P. Hernández Granados, J. Martín Cavanna, J.M. Fernández Cebrián y A. Quintans Rodríguez

Fundación Hospital, Alcorcón.

Objetivos: La incontinencia fecal es una patología frecuente que limita la calidad de vida de los pacientes. Actualmente han surgido nuevas vías de tratamiento como terapias de neuromodulación que se están utilizando con éxito. La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea del nervio tibial posterior (TENS) es una alternativa no invasiva y de fácil realización. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la eficacia de esta técnica en el tratamiento de pacientes con incontinencia anal.

Material y métodos: Se han incluido en este estudio prospectivo no aleatorio pacientes con diagnóstico de incontinencia en los que no funcionaron las medidas conservadoras. El estudio antes del inicio del tratamiento incluyó diario defecación, escala de gravedad de incontinencia (Wexner), escala de calidad de vida SF-36, escala de calidad de vida de incontinencia fecal (FIQL) y escala analógica de incontinencia, colonoscopia, RMN pélvica, ecografía endoanal y manometría anal. La estimulación periférica del nervio tibial posterior se realizó mediante un electroestimulador (TENS MED Nonius Model S82). Se aplicó de manera ambulatoria por el propio paciente durante 20 minutos al día, 5 días por semana durante un mes. Se realizó entonces un análisis intermedio repitiendo el diario defecatorio, las escalas de incontinencia (Wexner y VAC) y calidad de vida (SF-36 y FIQL). Si existía mejoría clínica se continuaba la terapia durante dos meses. Se evaluaron los resultados funcionales al final del tercer mes a través del examen físico, manometría anal, diario defecación y las escalas de incontinencia y calidad de vida. Posteriormente se reevaluó al paciente cada 3 meses.

Resultados: En el momento actual 20 pacientes han cumplido los criterios de inclusión. Tras el análisis intermedio en el primer mes diecisiete pacientes continuaron el tratamiento (2 hombres y 16 mujeres). Edad: 62,3 años (rango de 42-81). Doce pacientes han concluido el procedimiento y actualmente se encuentran en período de seguimiento. Cinco pacientes están actualmente en tratamiento con estimulación del nervio tibial posterior. Para comparar los resultados de escala Wexner pre y post tratamiento hemos utilizado la prueba no paramétrica de Wilcoxon. 66,7% de los pacientes han presentado una mejoría significativa en la Escala de gravedad de incontinencia (Wexner). Se ha observado una mejoría en los valores de la escala de Wexner del 62, 29% (p < 0,028, 44-100%). De la misma manera hemos encontrado mejoría en todas las escalas de calidad de vida en todos los pacientes que completan el tratamiento. El seguimiento medio es de 12 meses (rango 0-16). No se observan efectos secundarios.

Conclusiones: La estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial posterior constituye una nueva alternativa para el tratamiento de la incontinencia fecal. Es un método no invasivo, sin efectos secundarios adversos y se puede realizar de manera ambulatoria. También constituye una buena alternativa desde el punto de vista de coste-efectivo comparándolo con otras técnicas de neuromodulación (estimulación percutánea del nervio tibial posterior e implante de estimulación sacra). Son precisos estudios adicionales con un número mayor de pacientes para obtener un análisis correcto de los resultados y sus efectos a largo plazo.

O-143. ¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE DRENA UN ABSCESO ANAL?

M. Sánchez Vázquez, T. Abadía Forcén, F. Oteiza Martínez, M.A. Ciga Lozano, P. Armendariz Rubio, M. de Miguel Valencia, M. de Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Estudiar de forma retrospectiva la evolución en el tiempo de los pacientes que han sido sometidos a drenaje quirúrgico de abscesos anales.

Material y métodos: De enero de 2000 a diciembre de 2008, 482 pacientes han sido intervenidos en nuestro servicio por absceso anal, excluidos los pacientes con diagnóstico previo o posterior de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades hematológicas o estados de inmunosupresión. En ellos se han recogido de forma retrospectiva los datos referentes a los hallazgos intraoperatorios, tratamiento quirúrgico realizado, y evolución posterior. El estudio se ha realizado con los datos actualizados a fecha de diciembre de 2010, con un seguimiento medio de 76,60 meses (rango 24-119,03 meses).

Resultados: En 139 pacientes existía el antecedente de un drenaje previo. Durante el drenaje quirúrgico se observó orificio interno en 99 pacientes y se colocó un sedal en 61 de ellos. En la revisión posterior en consulta externa se constató la presencia de un orificio externo en 163 pacientes. En 293 se realizó una ecografía endoanal y fueron diagnosticados de fístula perianal 189 (39,2%). 172 pacientes fueron intervenidos posteriormente de forma electiva, 154 con diagnóstico clínico y ecográfico de fístula perianal, y 18 sin diagnóstico ecográfico. De los 310 pacientes no operados posteriormente de fístula, 34 han sido perdidos en el seguimiento, y de los 276 restantes, 264 (95,7%) han permanecido asintomáticos en este tiempo y 12 mantienen supuración ocasional. De forma global, el 52,07% de los pacientes con un absceso anal no han requerido cirugía ulterior.

Conclusiones: Tras el drenaje quirúrgico, una mayoría de pacientes con absceso anal no vuelve a presentar síntomas de enfermedad.

O-144. MANEJO DEL ABSCESO ANAL EN LA URGENCIA. ¿BÚSQUEDA DEL ORIFICIO INTERNO?

T. Abadía Forcén, M. Sánchez Vázquez, M. de Miguel Valencia, F. Oteiza Martínez, M.A. Ciga Lozano, P. Armendariz Rubio, M. de Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Estudiar de forma retrospectiva la evolución de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por absceso anal en dos periodos de tiempo diferenciados del 2000 al 2008 en relación a un cambio en el manejo quirúrgico de los mismos.

Material y métodos: De enero del 2000 a diciembre del 2008 han sido intervenidos en nuestro servicio 482 pacientes con absceso anal, excluidos los pacientes con diagnóstico previo o posterior de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad hematológica o estados de inmunosupresión. A partir del 2004 se incluye en nuestro proceder quirúrgico de urgencia la búsqueda del orificio interno y el intento de colocación de un sedal en el paciente afecto de un absceso anal. Hemos recogido y comparado los datos referentes a los hallazgos intraoperatorios, tratamiento quirúrgico realizado, y evolución posterior de los pacientes intervenidos del 2000-2003 y del 2004-2008. Los datos han sido actualizados a fecha de diciembre del 2010 con un seguimiento medio de 76,60 meses (rango 26,02-119 meses).

Resultados: 189 pacientes fueron intervenidos del 2000-2003 y 293 del 2004-2008. No existen diferencias en el número de orificios internos localizados en los dos periodos (34, 18% vs 65, 22,2%) $p = 0,266$ pero se coloca un mayor número de sedales en el segundo periodo (45, 15,4% vs 17, 9%) $p = 0,042$. No encontramos diferencias en el número de pacientes diagnosticados de fístulas (36% vs 41,3%) $p = 0,243$, ni intervenidos de fístula perianal posteriormente (31,7% vs 38,2%) $p = 0,147$. En el segundo periodo se intervienen un mayor número de fístulas complejas (62,5% vs 53,3%) $p = 0,24$, el porcentaje de pacientes que precisan dos o más cirugías es mayor (19% vs 9,7%) $p = 0,083$ y un porcentaje mayor de pacientes persisten con supuración (12% vs 1,6%) $p = 0,014$.

Conclusiones: Limitar al simple drenaje quirúrgico nuestra actitud ante el absceso anal puede conseguir unos mejores resultados en la evolución de los mismos.

O-145. MICROCIURUGÍA TRANSANAL ENDOSCÓPICA (TEM) PARA NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE RECTO

P. Galindo, E. Díaz, E. Esteban, M. Marcello, H. Durán, Y. Quijano, E. Vicente, S. Prados, J. Román, J. Villanueva e I. Rodríguez

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción y objetivos: La microcirugía endoscópica transanal (TEM) posibilita la exéresis de grandes adenomas y ciertos cánceres de la ampolla rectal, evitando la alternativa quirúrgica convencional.

Pacientes y métodos: Se incluyen trece pacientes sometidos a TEM; abril 2009-diciembre 2010 (patología benigna y maligna). Estudio preoperatorio (todos los pacientes): ecografía endorrectal, resonancia magnética pélvica, fibrocolonoscopia, rectoscopia rígida, TAC y PET-TAC. Los estadios T2 previo al TEM recibieron neoadyuvancia (Qt-Rt). Analizamos; correlación TN y patológica antes y después del TEM, la radicalidad del procedimiento, las complicaciones y estancia hospitalaria.

Resultados: Características de los pacientes: Sexo: 7/6-V/M. Edad: mediana 64 años, rango (38-100). Distancia margen anal (cm): mediana 6, rango (2-11). Tamaño lesión (mm): mediana 30,

rango (20-60). Neoadyuvancia Qt-Rt: en 2 pacientes: 1 adenoca T2N0 y 1 adenoca T3N1. Correlación TN-patológica antes y después del TEM: anatomías patológicas/TN preoperatorios: 9 adenomas (T0N0); 1 tumor carcinoide (T1N0) y 3 adenoca (1T1N0; 1T2N0, y 1T3N1). Anatomías patológicas/TN postoperatorias: de los 9 adenomas/T0N0 se obtuvieron 7 adenomas/T0N0 y 2 adenoca/T1N0 y TisN0; tumor carcinoide se mantuvo T1N0; de los 3 adenoca, el único T1N0 pasó a un estadio T2N0 (recibió Qt-Rt post TEM). Los otros 2, mantuvieron su estadificación TN. Radicalidad del procedimiento: todas márgenes adecuados. Complicaciones postoperatorias: 1 complicación mayor: perforación intraperitoneal que precisó laparotomía a las 24 horas: resección anterior ultrabaja. 2 complicaciones menores: 1 perforación de reflexión peritoneal y 1 perforación de vagina, resueltas en el acto. Días de estancia: sin complicaciones, 48 h; complicaciones menores, 5 días; la complicación mayor, 15 días.

Conclusiones: El TEM nos ha permitido: 1) extirpar lesiones rectales, benignas y malignas en fase inicial, con escasa morbilidad y máxima radicalidad; 2) rectificar en un 22,22% los diagnósticos anatomopatológicos endoscópicos de adenoma inicialmente erróneos: de los 9 adenomas iniciales, 2 finalmente fueron adenoca, y 3) rectificar en un 33% las estadificaciones TNM de los adenocas preoperatorios obtenidas por resonancia o ecoendoscopia: de los 3 TNM preoperatorios, 1 T1 con la pieza extirpada resultó ser un T2.

O-146. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL CANAL ANAL MEDIANTE MANOMETRÍA DE PRESIONES Y VOLUMÉTRICA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL TRATADOS MEDIANTE ESTIMULACIÓN DE RAÍCES SACRAS

L. Lázaro García, A. Muñoz Duyos, I. Cots, J.A. Pando, C. Maristany y A. Navarro Luna

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La influencia de la estimulación de raíces sacras (ERS) en los parámetros manométricos de presión y volumen se han descrito en la literatura sin que exista consenso. Sin embargo no existe un análisis descrito individualizando en cada grupo de patrón manométrico. La manometría de perfusión permite identificar pacientes con incontinencia fecal (IF) hipotónicos (presión de reposo baja) y pacientes débiles en la presión de esfuerzo. La manometría volumétrica estudia la sensibilidad rectal y los mecanismos sensitivo-motores relacionados con la continencia, y de ella se han descrito 2 grandes grupos de pacientes: IF hipersensible e IF hiposensible.

Objetivos: 1. Determinar la distribución de frecuencias de los distintos patrones manométricos de nuestra población con incontinencia fecal tratada mediante SNS y 2. Evaluar si existe variación de los parámetros manométricos durante el seguimiento en cada uno de los grupos tras SNS.

Material y métodos: Pacientes con IF tratados mediante SNS que se evaluaron mediante manometría (basal, 3m, 6m, 1 año y anual durante 5 años). Definiciones: Hipotonía: presión media reposo (PMR) < 50 mmHg; Debilidad: presión media esfuerzo (PME) < 100 mmHg. Hipersensibilidad: volumen máximo tolerado (VMT) mujeres < 100 mL, hombres < 80 mL. Hiposensibilidad: VMT > 315 mL. Resultados descriptivos: mediana (rango)/media \pm desviación estándar. Evaluación diferencias valores entre grupos: t-Student. Evaluación seguimiento: t-Student para datos apareados.

Resultados: 83 pacientes incluidos desde junio 1999-diciembre 2010 (91% mujeres). Edad 66 (25-85). Seguimiento: 59 meses (0,6-140). Distribución de frecuencias: 51% hipotónicos (PMR hipotónicos vs normales: 31 ± 11 mmHg vs 69 ± 12 , $p < 0,001$); 71% debilidad (PME: 67 ± 19 vs 134 ± 33 , $p < 0,001$). 59% hipersensibles

(VMT 75 ± 20 vs 177 ± 52 , $p < 0,0001$); 26% sensibilidad normal (VMT: 177 ± 52), 4% hiposensibles (VMT: 400 ± 86 , $p < 0,012$ respecto normales). No se han detectado cambios, en ningún grupo, durante el seguimiento, ni en las presiones ni en los volúmenes.

Conclusiones: La distribución de frecuencias de los distintos patrones manométricos se correlaciona con la descrita en la literatura. La ERS no parece modificar las presiones ni los volúmenes de sensibilidad rectal en los distintos tipos de IF.

O-147. RESECCIÓN LOCAL ENDOANAL EN EL TRATAMIENTO DE ADENOMAS Y CÁNCER RECTAL EN ESTADIO INICIAL. ¿SON COMPARABLES SUS RESULTADOS CON LAS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS?

A. Titos García, S. Mera Velasco, I. González Poveda, M. Ruiz López, J.A. Toval Mata, J. Carrasco Campos, B. García Albiach, T. Prieto-Puga y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: La resección endoanal es una técnica introducida por Parks en los años 70 para el tratamiento quirúrgico de lesiones de recto medio y bajo, tanto benignas (adenomas) como malignas en estadios iniciales (adenocarcinomas). Hoy en día, y a pesar de la aparición de técnicas nuevas como las técnicas endoscópicas, se sigue considerando una cirugía segura, con baja tasa de complicaciones, baja recurrencia y que ofrece una importante calidad de vida al paciente, sobre todo en el caso de tumores rectales en estadios iniciales al evitar una cirugía más agresiva como es la resección anterior baja y la amputación abdominoperineal. El objetivo de este estudio es analizar la experiencia de nuestro Hospital con esta técnica en lesiones benignas y malignas rectales, valorando fundamentalmente el grado de recurrencia local, necesidad de reintervención y la supervivencia a corto-medio plazo en los pacientes tratados de cáncer.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en nuestro servicio mediante resección endoanal por causa benigna o maligna durante el período comprendido entre 1998 y 2010, siendo un total de 69 casos. Se han revisado los datos demográficos, características morfológicas y etiológicas de las lesiones, estancia postoperatoria, complicaciones, anatomía patológica, tasa de recidiva local y necesidad de reintervención, así como supervivencia a corto y largo plazo.

Resultados: La edad media de los pacientes ha sido de 66,03 años (rango de 15-88 años) y existe un ligero predominio del sexo masculino (53,6%). Se intervinieron 9 pacientes con diagnóstico preoperatorio por biopsia de pólipo hiperplásico, 48 adenomas y 10 adenocarcinomas que aumentaron a 23 tras el resultado histopatológico de la pieza. 10 de estos pacientes fueron un estadio II, decidiéndose reintervención a cirugía convencional resectiva en 3 pacientes. La tasa de complicación relacionada con la cirugía fue baja, apareciendo sangrado rectal (2,89%), perforación rectal (1,44%), incontinencia anal (2,89%) y una mortalidad del 1,44%. La estancia media postoperatoria ha sido de 3,37 días. El seguimiento se pudo realizar en el 85,51% de los pacientes con un tiempo medio de 77,22 meses. La recurrencia local a 5 años fue variable; 10,81% de adenoma a adenoma, 2,7% de adenoma a carcinoma y 23% de carcinoma a carcinoma. La supervivencia en casos de cáncer rectal a 1, 5 y 10 años ha sido respectivamente del 94,44%, 73,33% y 30%.

Conclusiones: 1) La resección endoanal es una técnica segura con una baja tasa de complicaciones y mortalidad reducida similar a las nuevas técnicas endoscópicas. 2) La recurrencia tras la cirugía es muy reducida con muy buenos datos de supervivencia a largo plazo en el caso de cánceres rectales. 3) Está plena-

mente justificado su uso en patología benigna rectal como el adenoma y en cánceres rectales en estadios iniciales, Tis y T1; y en casos T2 muy seleccionados en pacientes con alto riesgo quirúrgico o negativa del paciente a una cirugía más agresiva o a la posibilidad de un estoma.

O-148. TASA DE INFECCIÓN EN 216 PROCEDIMIENTOS DE ESTIMULACIÓN DE RAÍCES SACRAS UTILIZANDO UN ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO

N. Pérez Romero, A. Muñoz-Duyos, A. Navarro Luna, J.A. Pando-López, C. Maristany Bienert, E. Calbo Sebastián y C. Marco Molina

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La tasa de infección de herida quirúrgica reportada en los pacientes tratados mediante estimulación de raíces sacras (ERS) es de 5 al 20%.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia utilizando profilaxis antibiótica de amplio espectro (estudio prospectivo de un solo centro).

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con incontinencia fecal con ≥ 1 episodio de incontinencia/semana sin respuesta al biofeedback. Según el protocolo establecido: tras 2 semanas mínimas de test percutáneo (PNE), las pacientes con una reducción de $\geq 50\%$ en sus episodios de incontinencia se consideraron tributarias de estimulación crónica e implante del generador. Profilaxis 4 g de piperacilina/tazobactam (PTZ) dosis única. Se han analizado comorbilidad, adecuación profiláctica, factores de riesgo de infección, tiempo de externalización del electrodo de prueba, y número y tipo de infecciones ocurridas durante el primer año de seguimiento.

Resultados: Desde junio-1999 hasta diciembre-2010 se han realizado 216 procedimientos quirúrgicos en 106 pacientes (57 \pm 21 años, 89% mujeres). Se realizaron 133 PNE y 83 implantes. Tiempo quirúrgico mediano: 58 minutos (30-90). Duración mediana del PNE: 21 días (4-46). Seguimiento medio: 59 meses (0,6-140).

Material y métodos: 22 pacientes diabetes mellitus, 8 pacientes algún grado de inmunosupresión. Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica correcta. Infección del sitio quirúrgico: dos procedimientos: tasa infección 2/216: 0,9%. Una paciente presentó una infección del electrodo percutáneo con bacteriemia para MRSA 5 días después del PNE. Curación: retirada del electrodo + 2 semanas de vancomicina ev. La segunda paciente presentó una infección superficial tras 46 días de test, cultivos positivos para *Pseudomonas aeruginosa* (sensible a PTZ). Curación: exéresis quirúrgica del electrodo y del tejido de granulación circundante, y 15 días de ciprofloxacino.

Conclusiones: Una única dosis de PTZ es altamente efectiva en controlar la infección quirúrgica en los pacientes tratados mediante SNS, a pesar de que el tiempo de test es relativamente largo.

O-149. ESCISIÓN TRANSANAL CON DISPOSITIVO DE PUERTO ÚNICO. EXPERIENCIA INICIAL DE UNA ALTERNATIVA AL TEM

F.J. Jiménez Vega, O. Mulet Zayas, J.M. Lorente Herce, R. Galnares Barro, J.M. Cuaresma Ferrete y A. Galindo Galindo

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

Introducción: La escisión local de tumores rectales en estadios tempranos, se ha presentado como una opción atractiva frente

a la cirugía radical, en términos de morbimortalidad y calidad de vida. Uniendo nuestra experiencia en el abordaje transanal y en el acceso laparoscópico mediante puerto único, iniciamos nuestra experiencia en abordaje transanal con el dispositivo Single Port. Se ha mostrado como un abordaje eficaz y seguro para la escisión de tumores rectales, con un coste ventajoso frente a la técnica TEM.

Material y métodos: Desde septiembre de 2010 a marzo de 2011, hemos intervenido a 7 pacientes con lesiones rectales que cumplían criterios de escisión local. En el estudio de todos los pacientes se incluía biopsia endoscópica a si como estadiaje mediante ecografía endoanal y RM. Utilizamos para realizar el abordaje transanal el dispositivo de puerto único (SILS™ Port, Covidien, Mansfield, MA), un dispositivo flexible multipuerto, que permite el acceso con tres cánulas de 5 y 10 mm, e incluye un sistema de insuflación y evacuación de humos. A todos los paciente se les informó de la técnica a realizar, y sobre la posibilidad en función del resultado del estudio del espécimen quirúrgico, de que no fuese un tratamiento definitivo y que precisasen, un segundo abordaje quirúrgico más agresivo (resección rectal con escisión mesorrectal).

Resultados: Siete lesiones rectales han sido resecadas siguiendo la técnica de escisión local con Single Port, el tamaño de las lesiones oscilo entre 2 y 4,5 cm, la distancia desde el margen anal fue de 4, a 18 cm. El resultado anatomopatológico de los especímenes resecados, fue de pólipo hiperplásico, adenocarcinoma Tis, y adenocarcinoma T1 en 5 casos, con márgenes de resección libres de tumor. El tiempo quirúrgico oscilo entre 37 y 93 min, en todos los casos se completo la cirugía sin conversión a otra vía de abordaje. La estancia operatoria fue de dos días. En ningún caso presentaron complicaciones en el postoperatorio inmediato, fueron revisados en consultas a la semana y 3 semanas, interrogados sobre dolor postoperatorio y continencia anal (escala de incontinencia fecal de Wexner-Cleveland), en ningún caso precisaron de analgesia ni presentaron síntomas de incontinencia.

Conclusiones: Desde la introducción de la técnica TEM, se ha mostrado como la técnica más segura y eficaz en la escisión local de lesiones rectales, con resultados en términos de supervivencia y recidiva en estadios tempranos superponibles a la cirugía exerética radical, ofreciendo además la posibilidad de abordaje lesiones más alejadas del margen rectal con respecto al abordaje transanal convencional, permitiendo con el uso de una instrumentación específica suturar el defecto de la pared rectal. Consideramos también que el diseño de la plataforma SILS, de material flexible y con un diámetro menor al TEM, puede ofrecer a nuestros pacientes ventajas en cuanto a confort postoperatorio, y obviar morbilidad relacionada con la continencia anal.