

## **EXCISIÓN MESORECTAL TOTAL TRANSANAL. COMO LO HACEMOS.**

Vicente Simó Fernández, Fernando Labarga Rodríguez, Jesús Manuel Silva Fernández, Luis Carlos Saldarriaga Ospino, Carlenny Adelaida Suero Rodríguez, Victoria Maria Maderuelo García, Enrique Castrillo Arconada, José Luis Álvarez Conde.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo asistencial universitario de Palencia. Palencia, España.

Correspondencia: [vicsim77@gmail.com](mailto:vicsim77@gmail.com) (Vicente Simó Fernández).

### **ABSTRACT:**

Los autores presentan un vídeo de la técnica quirúrgica de realización de una exéresis mesorrectal total por vía transanal asistida mediante dispositivos de cirugía endoscópica (TAMIS, TA TME, etc) basándose en su experiencia acumulada con 12 casos aplicando esta técnica.

Además nos aportan sus comentarios técnicos y un análisis de las ventajas e inconvenientes de este abordaje basándose en la literatura y su experiencia.

**Palabras clave:** TAMIS; TME; laparoscopia; NOTES;

### **COMENTARIOS AL VÍDEO:**

#### **Introducción:**

A lo largo de las últimas 2 décadas ha existido una clara tendencia en la cirugía y en los propios cirujanos hacia la mínima invasión.

En la cirugía colorrectal, la cirugía laparoscópica en la patología colónica está en torno al 40% del total disminuyendo este porcentaje en el recto debido a las limitaciones técnicas y a las dudas acerca de la seguridad oncológica.

Estas dificultades se pueden traducir en: un mayor porcentaje de lesiones autonómicas pélvicas, un menor número de cirugías restauradoras del tránsito, la posibilidad de tener márgenes positivos tanto circunferenciales como distales, debido a la dificultad que se presenta en la sección, sobre todo en varones obesos, tendiendo al disparo múltiple o incluso a la sección de la pieza tras realizar la incisión de extracción con las complicaciones que ambas prácticas conllevan.

Han sido múltiples los trabajos que han mostrado que la cirugía laparoscópica de recto es segura, disminuye la estancia hospitalaria así como la convalecencia postoperatoria, sin interferir en los resultados oncológicos. Sin embargo es una realidad, como se demuestra en varios trabajos, la alta tasa de conversión que se presenta siendo superior al 15% e incluso llegando hasta el 25% en pacientes con pelvis estrecha.

El abordaje endoscópico transanal, según predijo Heald en una editorial reciente, va a revolucionar la cirugía del cáncer de recto inferior en pelvis menor compleja. Su nomenclatura es variada: Ta TME, bottom up TME, down to up TME, TAMIS TME (TME: Total Mesorectal Excision, TAMIS: TransAnal Minimally Invasive Surgery).

Se trata de una técnica quirúrgica mediante la cual movilizamos el recto de distal a proximal utilizando instrumental rígido o flexible, facilitando la parte compleja de la TME, sobre todo en pelvis complejas, y obteniendo márgenes distales libres de tumor con mayor seguridad.

**Técnica quirúrgica: ¿Cómo lo hacemos?:**

La TME requiere un doble abordaje. Una parte abdominal con el descenso del ángulo esplénico del colon y movilización del colon izquierdo y una parte transanal con la realización de la proctectomía.

Nosotros comenzamos con la cirugía por vía transanal. El acceso va a depender de la localización del tumor, ya este distal o proximal a 1,5 cms de la línea dentada. Si es distal a este punto comenzaremos la cirugía con un abordaje interesfinteriano con resección parcial o total del esfínter anal interno. Cuando hemos obtenido margen suficiente para realizar la bolsa de tabaco cerramos el recto, introducimos el dispositivo Gelpoint Path (Applied Medical, Inc., Rancho Santa Margarita, California, USA) y procedemos con la proctectomía en sentido proximal de manera circunferencial y siguiendo los planos para la realización de la TME. Siempre lo hacemos con electrobisturí, óptica de 30 °, presiones de 8-15 mmHg y flujos bajos, finalizando este abordaje tras la apertura del fondo de saco de Douglas. Si el tumor es proximal a 1,5 cms de la línea dentada, lo primero a realizar es la bolsa de tabaco continuando después con la proctectomía.

La segunda parte de la intervención es el abordaje abdominal a través de 5 trócares. Realizamos un descenso completo del ángulo esplénico de medial a lateral, con ligadura de la VMI (Vena Mesentérica Inferior) en origen, movilización completa del colon izquierdo respetando las estructuras retroperitoneales, ligadura de la AMI (Arteria Mesentérica Inferior) en origen y completando la parte abdominal de la TME.

La extracción de la pieza es transanal realizando la anastomosis termino-terminal manual en cánceres de recto inferiores a 1,5 cms y latero-terminal con CEEA 28 en los superiores a esta distancia.

Por supuesto y si se puede, se realizará la cirugía de manera simultánea, a doble campo conllevando una disminución del tiempo quirúrgico ya que se trata de una cirugía prolongada.

### **Discusión:**

Existen varios puntos que generan controversia con esta técnica. El tiempo quirúrgico es largo como se ha relatado. Este se puede disminuir con la realización de esta intervención con 2 equipos simultáneos, con una media de tiempo quirúrgico de 235 minutos según Lacy *et al.*

Consecuencia inherente a este abordaje quirúrgico es la dilatación constante del esfínter anal, lo que puede llevar a resultados funcionales peores al asociarse con el síndrome de resección anterior presente en estas cirugías.

En nuestra experiencia con 12 pacientes intervenidos, el tiempo quirúrgico sin simultaneizar los 2 tiempos es de 360 min. En el último caso, realizado con 2 equipos simultáneos, los tiempos fueron similares a los de Lacy *et al.*

En cuanto a los resultados funcionales tras el cierre de la ileostomía de protección, nuestros pacientes no presentan un grado de incontinencia que nos obligue a la realización de un nuevo estoma, presentando síndrome de resección anterior con soling nocturno y/o tenesmo y/o partición.

Otro punto de controversia en esta técnica es la confección de la anastomosis; si se trata de tumores a menos de 1,5 cms la única anastomosis posible a realizar en nuestra experiencia es una manual según técnica clásica; ya sea termino-terminal, con coloplastia transversa, con reservorio o del tipo Pull Trough. En tumores proximales a esta distancia, se puede utilizar endograpadoras circulares; ya sean del tipo de la hemorroidopexia (Lacy *et al*) o como otros grupos, incluyéndonos nosotros mismos, utilizando la endograpadora circular clásica calibre 28.

Los beneficios de esta técnica quedan establecidos en cuanto a: abordaje y visualización de cánceres de recto bajo en pelvis compleja y la obtención de márgenes distales negativos con mayor seguridad. En nuestra experiencia, el aspecto macroscópico de la pieza es de mucha mayor calidad. En los 12 pacientes intervenidos los márgenes han sido negativos tanto el circunferencial como el distal. Otro beneficio claro es evitar la incisión de extracción con las probables complicaciones que esto conlleva.

Por lo tanto, se trata de una técnica quirúrgica compleja, con una curva de aprendizaje por determinar, a la que hay que acceder tras un manejo de laparoscopia avanzada importante y después de haber realizado abordaje transanal convencional previo, ya que se han descrito morbilidades asociadas a la técnica del 30% con lesiones ureterales, uretrales o venosas importantes.

### **Conclusiones:**

Esta técnica Es una evolución técnica apasionante que puede conllevar multitud de beneficios potenciales en el abordaje del cáncer de recto. Requiere una curva de aprendizaje y están pendientes de evaluar sus resultados oncológicos a largo plazo.

### **Referencias:**

1 Heald RJ. A new solution to some old problems: transanal TME. *Tech Coloproctol* 2013; 17: 257–8.

2 Hompes R, Guy R, Jones O, Lindsey I, Mortensen N, Cunningham C. Transanal total mesorectal excision with aside-to-end stapled anastomosis – a video vignette. *Colorectal Dis* 2014; 16: 567.

3 de Lacy AM, Rattner DW, Adelsdorfer C et al. Transanal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES)rectal resection: ‘down-to-up’ total mesorectal excision (TME) – short-term outcomes in the first 20 cases. *SurgEndosc* 2013; 27: 3165–72.

4 de Lacy AM, Adelsdorfer C. Totally transrectal endoscopic total mesorectal excision (TME). *Colorectal Dis* 2011; 13 (Suppl 7): 43–6.

5 Sylla P, Rattner DW, Delgado S, de Lacy AM. NOTES transanal rectal cancer resection using transanal endoscopic microsurgery and laparoscopic assistance. *Surg Endosc* 2010; 24: 1205–10.

6 Velthuis S, van den Boezem PB, van der Peet DL, CuestaMA, Sietses C. Feasibility study of transanal total mesorectal excision. *Br J Surg* 2013; 100: 828–31, discussion 31.

7 Atallah S. Transanal minimally invasive surgery for total mesorectal excision. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2014; 23: 10–6.

8 Rouanet P, Mourregot A, Azar CC *et al.* Transanal endoscopic proctectomy: an innovative procedure for difficult resection of rectal tumors in men with narrow pelvis. *Dis Colon Rectum* 2013; 56: 408–15.