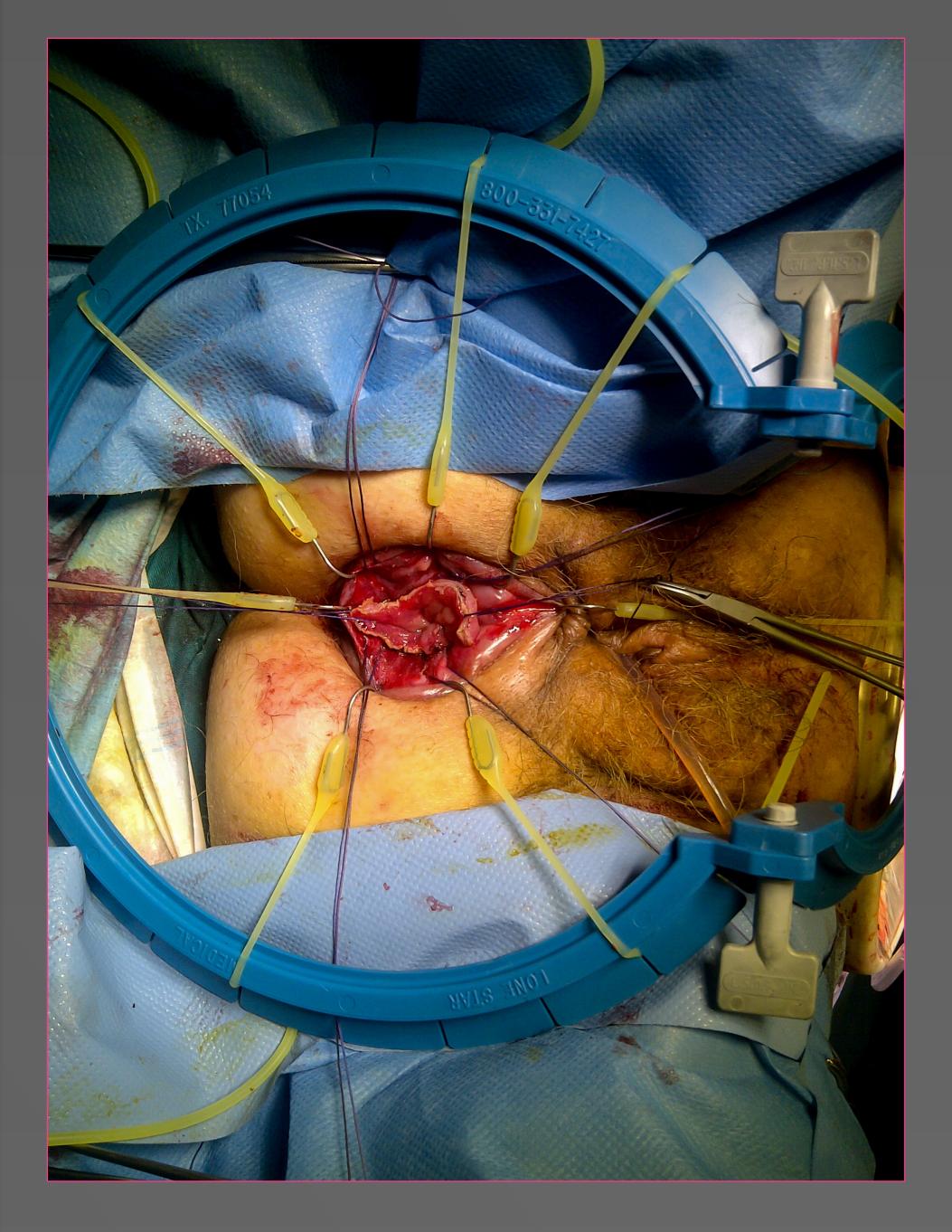
## ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL TRANSANAL COMO SOLUCIÓN TRAS EL FALLO TÉCNICO DE LA ANSTOMOSIS MECÁNICA COLORRECTAL

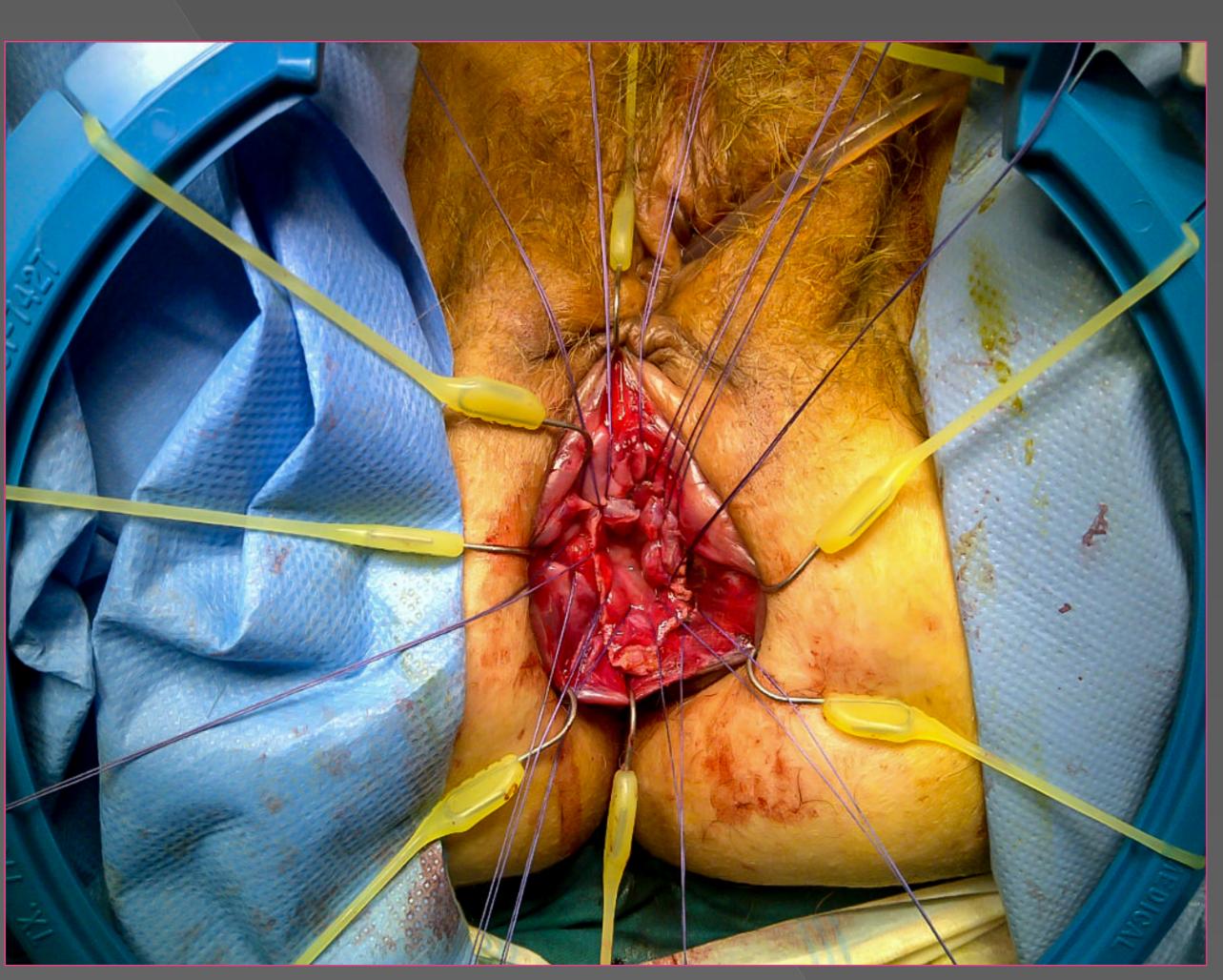
PARRA LÓPEZ,R; ELDABE MIKHAIL,A; ÁLVAREZ RICO,M; GIL LASO,I; RODRIGO AMADOR,V; PALOMO LUQUERO,A; GONZÁLEZ MARTÍNEZ,L; VALERO CERRATO,X; ZAMBRANO MUÑOZ,R; SECO GIL,JL.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 63 años, con adenocarcinoma ulcerado de tercio medio de recto (7 cm de margen anal) estadio T4N2M0 con respuesta tras neoadyuvancia pT3N0.

Se realiza una resección anterior ultrabaja con anastomosis colorrectal mecánica. Al introducir la máquina por el ano, sobreviene un desgarro del muñón rectal, lo que obliga a descolgar el ángulo esplénico del colon, ligar la vena mesentérica inferior a la altura de la tercera porción duodenal y la realización de una anastomosis coloanal manual transanal previa resección de la mucosa del muñón rectal desde la línea pectínea, dejando una ileostomía de protección.







## EVOLUCIÓN

Tras seis ciclos de tratamiento citostático postoperatorio, se realiza un enema opaco a los cinco meses, apreciando un adecuado paso de contraste a través de la anastomosis, sin evidenciar imágenes sugestivas de fuga. Actualmente, la paciente se encuentra con el tránsito reconstruido y con un control esfinteriano muy aceptable.



## CONCLUSIONES

La anastomosis coloanal manual transanal en este caso, ha sido una opción resolutiva y eficaz ante el fracaso de la anastomosis mecánica. Después de pasar a un segundo plano con el desarrollo de las grapadoras mecánicas circulares, la anastomosis coloanal vuelve a tener su papel en la cirugía convencional del cáncer de recto medio-bajo. En pacientes que se niegan en rotundo a la cirugía de la amputación abdóminoperineal, siempre y cuando se haya comprobado de forma preoperatoria la funcionalidad y no afectación del aparato esfinteriano, permite librarse de una colostomía terminal.



