

Viejas herramientas para problemas de siempre. Anastomosis coloanal en 2 tiempos. Pull-Through



<https://youtu.be/37QkNb09j-k>

Federico Durán, Noelia Brito, Fabiana Domínguez Corbo, Alexandra Duffau, Marcelo Laurin, Marcelo Viola Malet

Departamento de Cirugía de MUCAM, Montevideo, Uruguay.

Palabras clave: *anastomosis coloanal, cáncer, recto bajo, pull-through*

Keywords: *coloanal anastomosis, low rectal cancer, pull-through*

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del cáncer del recto bajo situado a menos de 1 cm del anillo anorrectal (tipo 2 de la clasificación de Rullier),¹ representa un desafío para los cirujanos. La resección ultrabaja y anastomosis coloanal en un tiempo, con ileostomía de protección, se considera el tratamiento estándar. Sin embargo, la incidencia de fuga anastomótica y la morbilidad asociada a la ileostomía no son despreciables, con complicaciones pélvicas que pueden afectar los resultados oncológicos y funcionales.²

El procedimiento de pull-through se presenta como una alternativa atrayente.³ Este implica la resección ultrabaja del recto, con resección total mesorrectal y preservación nerviosa, asociando un tiempo perineal donde, en los tumores ultrabajos, se realiza la resección interesfintérica parcial. En lugar de finalizar la cirugía con anastomosis coloanal manual e ileostomía, se exterioriza el colon a través del canal anal. En un segundo tiempo, se confecciona la anastomosis coloanal, evitándose de esta manera la necesidad de una ileostomía.

En los tumores de localización ultrabaja puede realizarse una resección interesfintérica parcial.

DESCRIPCIÓN

En el video se muestra el caso de una paciente de 64 años, de sexo femenino, con diagnóstico de cáncer del recto bajo. En la resonancia magnética nuclear (RMN) de la pelvis se observa la lesión a 5 mm del haz puborrectal y el espacio interesfintérico libre de compromiso tumoral. La estadificación fue T3N1M0. Se realizó tratamiento neoadyuvante con radioterapia de curso largo más quimioterapia concurrente con capecitabine. En la reevaluación a las 10 semanas se comprobó una respuesta clínica incompleta, dada por una ulceración al tacto rectal confirmada por rectoscopia. La RMN de la pelvis mostró un remanente tumoral y una adenopatía mesorrectal sospechosa. Por este motivo, se planteó realizar una resección ultrabaja del recto por vía laparoscópica, con resección interesfintérica parcial y exteriorización colónica según técnica de pull through. En el video se muestra la resección ultrabaja abordando el espacio interesfintérico por vía laparoscópica, maniobra que facilita luego el tiempo perineal. A la semana de la cirugía se realizó el segundo tiempo del procedimiento, que consistió en la resección por vía perineal del colon exteriorizado y la confección de una anastomosis coloanal manual.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Federico Duran:** federicoduran03@hotmail.com

Recibido: 31/10/2023. Aceptado: 16/8/2024.

Federico Durán: <https://orcid.org/0000-0002-0426-3284>, Noelia Brito: <https://orcid.org/0000-0002-1394-3994>; Fabiana Domínguez Corbo: <https://orcid.org/0000-0002-1746-7091>,

Alexandra Duffau: <https://orcid.org/0000-0003-2763-0734>, Marcelo Laurin: <https://orcid.org/0000-0003-2494-1756>, Marcelo Viola Malet: <https://orcid.org/0000-0003-2733-5276>

La paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones, otorgándose el alta a las 48 horas del segundo procedimiento. La anatomía patológica de la pieza informó un adenocarcinoma pobremente diferenciado, ypT3N1Mx.

En los tres meses posteriores a la cirugía la paciente presentó un aceptable tono esfinteriano con buena contracción voluntaria en concordancia con otros autores que muestran resultados funcionales similares cuando se compara con la anastomosis primaria más ileostomía.⁴

CONCLUSIÓN

En caso presentado, la anastomosis coloanal diferida evitó la fuga anastomótica y la necesidad de una ileostomía de protección, con aceptables resultados funcionales a corto plazo.

REFERENCIAS

1. Rullier E, Denost Q, Vendrely V. Low rectal cancer: Classification and standardization of surgery. *Dis Colon Rectum*. 2013;56:560-67.
2. Baulieux J, Olagne E, Ducerf C, De La Roche E, Adham M, Berthouix N, et al. Résultats oncologiques et fonctionnels des résections avec anastomose coloanale directe différée dans les cancers du bas rectum préalablement irradiés. *Chirurgie*. 1999;124(3):240-50; discussion 251.
3. Cutait DE, Cutait R, Ioshimoto M, Hyppólito da Silva J, Manzione A. Abdominoperineal endoanal pull-through resection. A comparative study between immediate and delayed colorectal anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 1985;28(5):294-49.
4. Belli A, Incollingo P, Falato A, De Franciscis S, Bianco F. Reappraisal of pull-through delayed colo-anal anastomosis for surgical treatment of low rectal cancer: do we have to look back to go forward? *Ann Laparosc Endosc Surg*. 2018;3:97.