

CARTAS AL EDITOR

Comentario sobre:

“Viejas herramientas para problemas de siempre. Anastomosis coloanal en 2 tiempos. Pull-through”

Duran F, et al. Rev Argent Coloproct. Vol 35, Nro 3, 2024.

Sr. Editor:

Duran y colaboradores presentan un interesante video de una resección interesfintérica (RIE) parcial por cáncer rectal ultrabajo y una anastomosis coloanal en dos tiempos con la técnica de pull-through de Turnbull-Cutait.

Esta técnica, descrita en 1961, casi simultáneamente por Cutait de Brasil¹ y Turnbull² de EEUU, consiste en la resección rectal y la exteriorización a través del muñón rectal residual del colon a anastomosar, el que actúa como colostomía perineal hasta su resección en un segundo tiempo, cuando se realiza la anastomosis coloanal diferida sin protección.

El concepto que apoya este procedimiento se basa primariamente en que las adherencias pélvicas que se forman en el intervalo entre la primera y la segunda cirugía reducen la incidencia de una fuga anastomótica no bloqueada y secundariamente en que pueden evitarse los eventos adversos asociados tanto al manejo como al cierre de una ostomía.

A pesar de estas ventajas potenciales, esta técnica no ha tenido una adopción generalizada, en parte debido al desarrollo de la sutura mecánica que facilita la creación de anastomosis distales y a que no está exenta de complicaciones. Una de las mayores series recientes publicadas, con 85 pacientes tratados en una misma institución, comunicó un 25% de sepsis pélvica, 10,6% de dehiscencia anastomótica, 25,9% de estenosis de la anastomosis y 10,6% de isquemia/necrosis del colon descendido. Además, el 29% de los pacientes tuvieron malos resultados funcionales.³

Un estudio multicéntrico randomizado reciente comparó la anastomosis coloanal en un tiempo con ileostomía de protección (AC-A) con la anastomosis coloanal manual diferida con técnica de pull-through (AP-T).^{4,5} En 6 años operaron 92 pacientes, 46 en cada grupo. Con un seguimiento de 3 años, los resultados oncológicos fueron comparables. La tasa de morbilidad general fue del 19,6% en el grupo AP-T vs. 13% en el grupo AC-A, (P = NS). La tasa de fuga anastomótica fue del 13 vs. 24% para los grupos AP-T y AC-A, respectivamente,

sugiriendo una posible tendencia hacia la superioridad de la AP-T. La continencia fecal a largo plazo evaluada con la escala de Wexner fue de 10,9 vs. 13 (ambos grupos: incontinencia moderada). La escala del síndrome de resección anterior baja (LARS) tuvo un puntaje de 32 vs. 34 (ambos grupos: LARS mayor). A pesar de que estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, hay que tener en cuenta la posibilidad de un error de tipo II por el escaso tamaño muestral y es poco probable un reclutamiento mayor para realizar estudios más grandes por el limitado número de cirujanos dispuestos a utilizar esta técnica.

En el caso presentado, no hubo complicaciones intra ni posoperatorias tempranas a pesar de la elevada complejidad técnica del procedimiento realizado, por lo que los autores deben ser felicitados.

Con respecto a los resultados funcionales, podría esperarse un grado de incontinencia mayor en una mujer con RIE parcial y tratamiento radiante. Para la evaluación funcional sería deseable contar con mediciones objetivas mediante escalas de incontinencia y de LARS.

Al respecto, Denost et al.⁶ publicaron los resultados de la mayor serie (303 pacientes) de RIE por cáncer del recto realizadas en un periodo de 25 años (1990- 2014). Los resultados funcionales se consideraron buenos o moderados en el 58% de los pacientes y malos en el 42%, aunque sólo el 12% requirió una colostomía definitiva por función deficiente. Realizaron un reservorio colónico en J en el 72%, sin embargo no hubo diferencia funcional significativa con los que tuvieron anastomosis directa. Estos autores consideran que las limitaciones de la cirugía de RIE fueron funcionales más que oncológicas, por lo que aconsejan aplicar en el posoperatorio programas de rehabilitación intestinal para mejorar la calidad de vida.

Por último, en el caso presentado, un seguimiento de 3 meses no permite evaluar los resultados oncológicos. Será necesario un seguimiento cercano, especialmente en los primeros 3 años, para descartar recurrencia particularmente local en esta paciente con respuesta pobre a la QRT neoadyuvante (no hubo disminución del Estadio III) y con un tumor pobremente diferenciado que varios autores consideran contraindicación para una RIE,^{7,8} incluidos Schiessel et al.,⁹ quienes describieron esta técnica.

Con relación a los resultados oncológicos, un detalle técnico que merece ser comentado es el abordaje del espacio interesfintérico. Los autores del video consideran preferible realizarlo

por vía abdominal laparoscópica porque facilita luego el tiempo perineal. En cambio, Denost et al.⁶ prefieren comenzar por vía transanal, porque a su juicio facilita la eliminación de parte de la fascia del piso pélvico y resulta en una tasa menor de margen circunferencial positivo y consecuentemente un mejor resultado oncológico, en comparación con una disección pélvica laparoscópica.

REFERENCIAS

1. Cutait DE, Figliolini FJ. A new method of colorectal anastomosis in abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum*. 1961;4:335-42.
2. Tumbull RB, Cuthbertson A. Abdominorectal pull-through resection for cancer and for Hirschsprung's disease. *Cleve Clin Q*. 1961;28:i09-15.
3. Sage PY, Trilling B, Waroquet PA, Voirin D, Girard E, Faucheron JL. Laparoscopic delayed coloanal anastomosis without diverting ileostomy. *Tech Coloproctol*. 2018;22:511-18.
4. Biondo S, Trenti L, Espin E, Bianco F, Barrios O, Falato A, et al. Two-stage Turnbull-Cutait pull-through coloanal anastomosis for low rectal cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Surg*. 2020;155(8):e201625.
5. Biondo S, Barrios O, Trenti L, Espin E, Bianco F, Falato A, et al. Long-term results of 2-stage Turnbull-Cutait pull-through coloanal anastomosis for low rectal cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Surg*. 2024:e242262.
6. Denost Q, Moreau JB, Vendrely V, Celerier B, Rullier A, Assenat V, et al. Intersphincteric resection for low rectal cancer: the risk is functional rather than oncological. A 25-year experience from Bordeaux. *Colorectal Dis*. 2020;22(11):1603-13.
7. Spanos CP. Intersphincteric resection for low rectal cancer: an overview. *Int J Surg Oncol*. 2012;2012:241512.
8. Martin ST, Heneghan HM, Winter DC. Systematic review of outcomes after intersphincteric resection for low rectal cancer. *Br J Surg*. 2012;99(5):603-12.
9. Schiessel R, Karner-Hanusch J, Herbst F, Teleky B, Wunderlich M. Intersphincteric resection for low rectal tumours. *Br J Surg*. 1994;81:1376-78.

Rita L.O. Pastore

Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina

<https://orcid.org/0000-0001-5240-9068>

rpastore@intramed.net