

CARTAS AL EDITOR

**Respuesta al 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:

Es un honor para nuestro grupo, los comentarios vertidos por la Dra. Rita Pastore en relación al trabajo “Viejas herramientas para problemas de siempre. Anastomosis coloanal en 2 tiempos. Pull-through”.

Este tipo de procedimientos no compiten con la clásica anastomosis mecánica dado que la indicación sería, como bien dice la Dra. Pastore, para resecciones interesfintéricas con anastomosis coloanal manual de primera intención con ileostomía de protección o con anastomosis coloanal diferida según la técnica de pull-through.

Otro punto interesante es que esta técnica fue descrita antes de la introducción de la Escisión Total del Mesorrecto (ETM) de Heald y antes de la introducción de la cirugía laparoscópica y, como bien se expone, esta técnica se basa en las potenciales adherencias que se generarían entre el primer y segundo tiempo de la cirugía. Pero es real que hoy en día tampoco podemos asegurar este concepto, primero porque resecamos todo el mesorrecto y segundo porque con la cirugía laparoscópica tampoco se generan tantas adherencias. En efecto, hemos podido observar este punto, en dos reintervenciones. Una para tratar un prolapso de anastomosis coloanal que fue extremadamente sencillo acceder por vía perineal y exteriorizar un colon redundante sin ninguna adherencia. En este caso realizamos una levatorplastia y confección de anastomosis coloanal. La segunda fue para demoler la anastomosis coloanal y confeccionar una colostomía terminal y donde tampoco encontramos ninguna adherencia hasta el anillo anorrectal. Esto nos lleva a cuestionarnos el verdadero mecanismo por el cual funciona este procedimiento.

Es interesante analizar el trabajo de Sage¹, referido por la Dra. Pastore con una morbilidad importante que no es la que tenemos en nuestro grupo, pero también es cierto que con un menor número de pacientes. Sí observamos que tienen el mismo porcentaje de dehiscencia anastomótica (10,6%) que de isquemia o necrosis del colon descendido. Decimos esto porque una de las premisas para realizar esta cirugía, como cualquier anastomosis coloanal, es la completa movilización del ángulo

izquierdo del colon, y ni siquiera nos cuestionamos esta maniobra aun con un sigmoides redundante. Otro detalle técnico importante es que, en el segundo tiempo del procedimiento, la anastomosis coloanal es una verdadera anastomosis con cuatro puntos cardinales y entre 3 y 4 puntos en cada cuadrante, siempre con buenas tomas del esfínter anal interno.

Compartimos plenamente con la Dra. Pastore en que una paciente de sexo femenino que recibió radioterapia y se le hace una resección interesfintérica parcial, la probabilidad de un mal resultado funcional es alto y hay que advertirle al paciente previo a la cirugía de esta posibilidad. Pero también es real que ese mal resultado funcional es similar haciendo una anastomosis directa o diferida. Por otro lado, como la alternativa es la amputación abdominoperineal, en general los pacientes están dispuestos a asumir ese riesgo. Como se menciona en el trabajo de Denost,² es tan importante una buena técnica quirúrgica, como contar con un equipo de rehabilitación de suelo pélvico entrenado en el manejo de estos pacientes porque el trastorno funcional es la regla.

Otro comentario interesante es el referido al resultado oncológico, y la realidad es que, si el procedimiento está bien indicado, y para eso es vital la resonancia magnética nuclear de alta resolución, donde debemos tener un espacio interesfintérico libre, el riesgo de recidiva local es muy bajo. Incluso en tumores indiferenciados donde la probabilidad de enfermedad sistémica puede ser aún más alta que la recidiva local.

En lo que refiere al abordaje inicial del periné promovido por el grupo de Burdeos, con una experiencia tan amplia con más de 300 pacientes, probablemente sea así. Pero para nosotros que contamos con un menor volumen de casos, nos ha resultado muy útil el abordaje del espacio interesfintérico por vía laparoscópica, esto obviamente siempre que las condiciones anatómicas del paciente lo permitan, dado que tampoco es una maniobra sencilla en un paciente de sexo masculino, obeso con una pelvis estrecha, y próstata grande, llegar hasta el elevador para realizar ese gesto técnico.

No nos queda más que agradecer a la Dra. Pastore por sus comentarios y a la SACP por brindarnos este espacio. Nuestro único objetivo fue traer a la discusión un procedimiento que fue descrito hace muchos años, y que grupos tan importantes en el mundo lo están realizando, sobre todo pensando en las nuevas generaciones de cirujanos.

Saludos cordiales.

REFERENCIAS

1. Sage PY, Trilling B, Waroquet PA, Voirin D, Girard E, Faucheron JL. La- paroscopic delayed coloanal anastomosis without diverting ileostomy. *Tech Coloproctol.* 2018;22:511-18.
2. 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.

Federico Durán

Departamento de Cirugía de MUCAM, Montevideo, Uruguay

<https://orcid.org/0000-0002-0426-3284>

federicoduran03@hotmail.com