

Resección extendida de tumor rectal por puerto único transanal (TAMIS). Presentación de caso

Florencia Ventura, Patricio Donnelly, Federico Gemelli, Ricardo Coqui, Mariano Laporte
Servicio Cirugía General y Coloproctología, Clínica Bazterrica. CABA, Argentina.

RESUMEN

Objetivo: Presentar la resección local a través de puerto único (TAMIS) de un tumor de recto (T2) que invade el 50 % de la circunferencia.

Caso clínico: Varón de 93 años con múltiples antecedentes patológicos, con adenocarcinoma de recto (T2-N0-M0). Se realizó una resección completa y transmural por vía transanal (TAMIS), dejando la brecha abierta. No tuvo complicaciones intraoperatorias y fue dado de alta al segundo día de postoperatorio. En el control endoscópico realizado al noveno mes del postoperatorio no se evidenció recurrencia local.

Conclusiones: La resección completa y transmural por técnica TAMIS de los tumores rectales (T2) es una opción válida para aquellos pacientes con comorbilidades que impidan una cirugía radical.

Palabras claves: Tamis; Cirugía transanal de puerto único; Microcirugía endoscópica transanal; Cirugía miniinvasiva; Tumores de recto; Resección local de recto

ABSTRACT

Objective: To present the local resection of a rectal tumor invading 50% of the circumference through a single port (TAMIS).

Clinical case: A 93-year-old man with multiple pathological antecedents and a T2N0M0 adenocarcinoma of the rectum underwent a complete transmural transanal minimally invasive resection (TAMIS), leaving the defect open. He had no intraoperative complications and was discharged on the second postoperative day. In the endoscopic control performed at the 9th month, no local recurrence was evidenced.

Conclusions: Complete and transmural resection by TAMIS of a T2 rectal tumors is a valid option for those patients with comorbidities that prevent radical surgery.

Keywords: Tamis; Single Port Transanal Surgery; Transanal Endoscopic Microsurgery; Minimally Invasive Surgery; Rectal Tumors; Local Resection Of The Rectum

REPORTE DE CASO

Varón de 93 años con antecedentes de obesidad, fibrilación auricular, aneurisma de aorta, y eventración abdominal. Consultó por proctorragia y mucorrea de un mes de evolución en contexto de anemia. Se realizó una colonoscopia donde se evidenció, a 8 cm del margen anal, una lesión exofítica de aspecto polipoide, friable, que ocupaba la totalidad de la luz y que no permitía el paso del endoscopio (Figura 1). La distancia fue confirmada con una rectoscopia. Se tomaron múltiples biopsias y en la anatomía patológica se informó adenocarcinoma bien diferenciado. En la resonancia magnética de alta resolución de pelvis se describió una lesión en recto medio de 58 mm de longitud que invadía, en algunos sectores, la capa muscular, sin sobrepasarla, sin clara extensión al mesorrecto y sin adenopatías (mT2N0 EMVI- MRC-) (Figura 2).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Florencia Ventura

mflorenciaventura@gmail.com

Recibido: julio de 2020. Aceptado: septiembre de 2020.

Debido a la edad del paciente, sus antecedentes personales y a la negativa personal a someterse a una cirugía mayor, se decidió realizar un tratamiento mínimamente invasivo.

Se realizó una resección completa y transmural de toda la lesión, que se encontraba a 8 cm en la cara posterior del recto, por vía transanal (TAMIS). Como involucraba el 50 % de la superficie de la luz rectal, se decidió dejar la brecha abierta (Figura 3).

No tuvo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Se otorgó el egreso sanatorial al 2 día. La anatomía patológica definitiva informó: adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltra la muscular (T2), originado a partir de un adenoma serrato tradicional con displasia de alto grado, margen profundo y lateral libre. En conjunto con el oncólogo, se decidió no hacer tratamiento oncológico complementario.

Se realizaron controles mensuales por consultorios externos, con examen proctológico y rectoscopías de control. El paciente no presenta recidiva en la endoscopia a los 9 meses del postoperatorio.

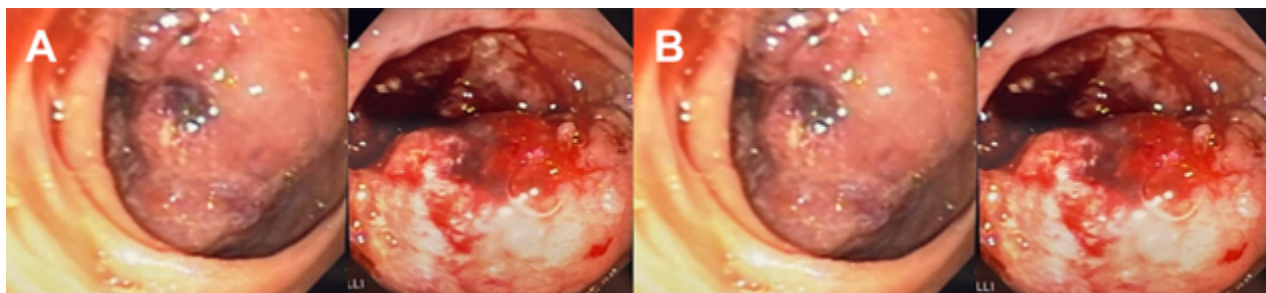


Figura 1: Visualización endoscópica de la lesión.

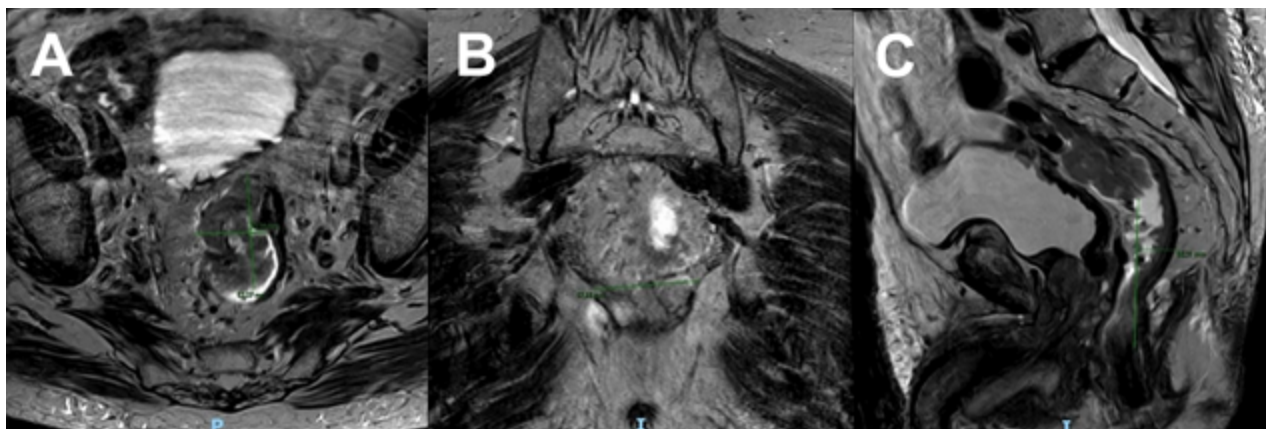


Figura 2: Resonancia magnética nuclear de alta resolución. Corte axial y sagital.

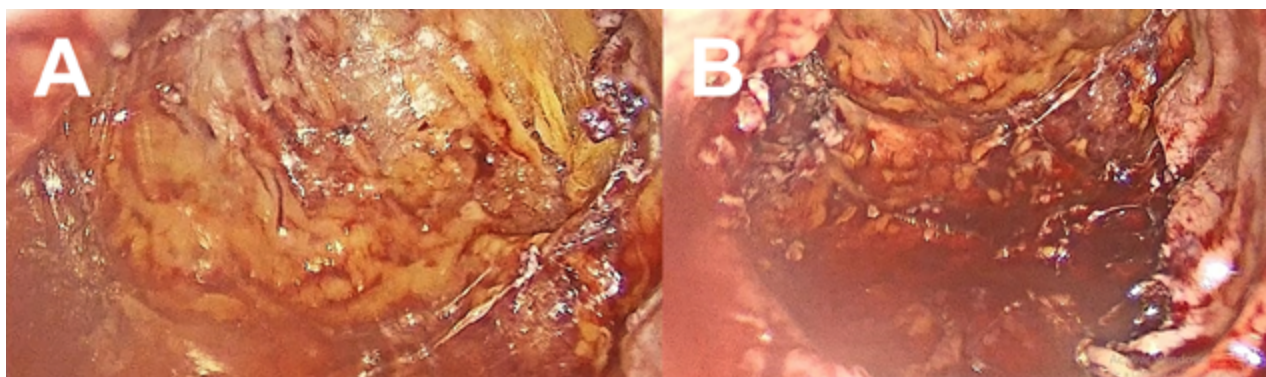


Figura 3: Luz del recto, luego de la resección de la lesión.

DISCUSIÓN

La utilización de la técnica TAMIS para el tratamiento del cáncer de recto es clara frente a tumores T1 con ciertas características histológicas. Sin embargo, su uso en tumores T2 es discutible ya que el riesgo de metástasis ganglionares puede llegar al 23,1%.¹⁻⁴

Un aspecto a considerar es la ubicación anatómica del tumor dado que, en los tumores que comprometen la pared posterior, su apertura estaría bloqueada por el mesorrecto, lo cual evitaría una perforación libre.¹ En este caso, se decidió dejar la brecha abierta debido a la imposibili-

dad de cerrarla por el gran tamaño del defecto.

La cirugía de TAMIS se asocia a con una menor morbilidad perioperatoria, y evita la necesidad de una ostomía permanente.⁴ En este contexto, la escisión local junto con tratamiento neoadyuvante o adyuvante puede ser una opción.^{4,5}

CONCLUSIÓN

La cirugía transanal (TAMIS) para tumores de recto estadio T2 es una alternativa válida, en aquellos pacientes que no quieran o no puedan someterse a una cirugía radical.

REFERENCIAS

1. Allaix M, Arezzo A, Morino M. Transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer: T1 and beyond? An Evidence-Based Review. *Surg Endosc* 2016;30:4841-52.
2. Moreira Grecco A, Zapata G, Bollo C, Morales R, Sarotto L. TAMIS: ¿Un nuevo estándar para el tratamiento de los pólipos de recto? Revisión de la bibliografía y reporte de nuestra experiencia. *Rev Argent Coloproct* 2019;30:1-11.
3. Nascimbeni R, Burgart LJ, Nivatvongs S, Larson DR. Risk of lymphnode metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 2002;45:200-6.
4. Rossi G. Resecciones transanales: Pasado, presente y futuro. *Relato Anual Sociedad Argentina de Coloproctología. Rev Argent Coloproct* 2019;30:17-25.
5. Garcia-Aguilar J, Renfro LA, Chow OS, et al. Organ preservation for clinical T2N0 distal rectal cancer using neoadjuvant chemoradiotherapy and local excision (ACOSOG Z6041): results of an open-label, single-arm, multi-institutional, phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2015;16:1537-46.

COMENTARIO

La cirugía transanal surge principalmente ante la necesidad de generar el control local de tumores de recto, buscando disminuir la morbilidad relacionada con un abordaje por vía abdominal.

La cirugía mínimamente invasiva transanal (TAMIS), así como la microcirugía endoscópica transanal (TEM), nos permite tener un abordaje de lesiones del recto medio y superior, permitiendo, con una adecuada insuflación rectal, reseccionar lesiones con buen margen circunferencial perimetral de profundidad.

Se pone en discusión ante la naturaleza de las lesiones. En aquellas benignas no cabe duda que la misma estaría correctamente indicada. En las lesiones adenocarcinomas, la indicación debe estar correlacionada al estadio de la enfermedad, a la profundidad e invasión del tumor. De nada serviría reseccionar una masa tumoral de recto, dejando adenopatías positivas en el mesorrecto. Por tal motivo, estaría indicada solamente en lesiones T1.

Por otro lado, también se deben tener en cuenta el sexo del paciente (por las diferencias anatómicas de la pelvis anterior), la localización de la lesión del recto (de pared posterior, lateral o anterior) y la altura del borde superior de la misma; ya que estos parámetros pueden definir la conducta técnica para la resección de la misma y condicionar posibles complicaciones del procedimiento.

En este caso en particular, debido a la edad y comorbilidades del paciente, al ser una práctica con mucha menos agresión anestésica y quirúrgica, la indicación sería adecuada. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, según la resonancia y la endoscopia, estamos frente a una lesión de casi 6 cm de extensión y a 8 cm del margen anal con compromiso del 50 % de la circunferencia del recto. Esta extensión aumenta el riesgo de complicaciones intraoperatorias, debido al tamaño tumoral y la posibilidad de generar una perforación libre a la cavidad abdominal. El hecho de que la misma se haya encontrado localizada en la pared posterior del recto, ayudó a disminuir esa complicación.

Felicito a los autores por el manejo y resolución del caso presentado.

Marcelo Pollastri
Hospital Privado de Rosario. Rosario, Santa Fe, Argentina.