

Resección anterior ultrabaja y anastomosis laparoscópica en adenocarcinoma de recto. Reporte de un caso

Ultralow laparoscopic anterior resection and anastomosis in adenocarcinoma of the Rectum. Report of a case

Antonio Torres¹; Carlos Masabanda²; Francisco Rivadeneira³; Joseph Mesías⁴

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte en el mundo occidental. En la actualidad, el abordaje laparoscópico mínimamente invasivo ha mostrado beneficio sobre la cirugía convencional abierta. **Caso clínico:** se informa el caso de una mujer de 53 años que presentó proctorragias de 6 meses de evolución acompañado de mucorrea y dificultad para realizar la deposición. En la colonoscopia se identificó, a 7 cm del borde anal, una lesión que ocluye 2/3 de la luz intestinal. La biopsia reportó adenocarcinoma de recto. Se realizó laparoscopia exploratoria y resección anterior ultrabaja con anastomosis término-terminal y confección de ileostomía de protección. El estudio histopatológico reportó bordes quirúrgicos libres de tumor y 38 ganglios mesorrectales negativos para malignidad (pT2 N0 Mx). Se realizó cierre de ileostomía 2 meses después de la intervención con evolución favorable y preservación de la continencia fecal. **Conclusiones:** años atrás el diagnóstico de cáncer de recto suponía la amputación del órgano y del aparato esfinteriano con colostomía definitiva comprometiendo la calidad de vida y morbilidad. Las técnicas actuales, a través de un abordaje laparoscópico, permiten una mejor resección mesorrectal, obteniéndose resultados oncológicos óptimos y adecuada restitución de tránsito intestinal con anastomosis primaria y preservación del aparato esfinteriano. A pesar de la evolución tecnológica en cuanto a los medios diagnósticos es importante mejorar los protocolos para una adecuada estratificación clínica de los tumores de recto.

Palabras clave: adenocarcinoma, laparoscopia, anastomosis, ileostomía, cáncer de recto.

Abstract

Introduction: Colorectal cancer is the second cause of death in the western world; currently the minimally invasive laparoscopic approach has shown benefits over conventional open surgery. **Clinical case:** a 53-year-old woman who presented proctorrhea of 6 months accompanied by mucorrhea and difficulty in bowel movements is reported. The colonoscopy identified a lesion 7 cm from the anal edge that occludes 2/3 of the intestinal lumen. The biopsy reported rectal adenocarcinoma. Exploratory laparoscopy and ultra-low anterior resection with end-to-end anastomosis and a protective ileostomy were performed. The histopathological stu-

1. Médico Tratante del Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-1570-2932>
2. Médico Tratante del Servicio de Proctología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-8275-2059>
3. Médico Residente del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-8275-2059>
4. Médico Posgradista R1 de Cirugía General, Universidad de Las Américas; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0003-0198-3822>



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Recibido: 15-08-2023

Aceptado: 20-10-2023

Publicado: 29-12-2023

DOI: 10.47464/MetroCiencia/vol31/4/2023/67-71

***Correspondencia autor:** torresantony@hotmail.com

dy reported tumor-free surgical edges and 38 mesorectal nodes negative for malignancy (pT2 N0 Mx). Ileostomy closure was performed 2 months after the initial intervention with favorable evolution and normal fecal continence. **Conclusions:** Time ago, the diagnosis of rectal cancer meant the amputation of the organ and the sphincter apparatus with a definitive colostomy, compromising quality of life and morbidity. Current laparoscopic techniques allow a better mesorectal resection, obtaining optimal oncological results and adequate restitution of intestinal transit with primary anastomosis and preservation of the sphincter apparatus. Despite the technological evolution in terms of diagnostic means, it is important to improve the protocols for an adequate clinical staging of rectal tumors.

Keywords: adenocarcinoma, laparoscopy, anastomosis, ileostomy, rectum cancer.

Introducción

El cáncer colorrectal es considerado el tercer más frecuente en hombres y el segundo en mujeres en el mundo. Aproximadamente 151.030 nuevos casos de cáncer de intestino grueso se detectan anualmente, de los cuales 106.180 son cáncer de colon ascendente, transverso, descendente y sigmoideos mientras que 44.850 son de recto, con una incidencia anual de 4%, siendo mayor en sexo masculino y en razas afrodescendientes. La mayor prevalencia reportada es entre las edades de 40 y 50 años, y las tasas de incidencia específicas por edad aumentan en cada década sucesiva a partir de entonces¹.

Los datos recopilados por el Programa SEER del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, sugieren que casi el 65% de todos los pacientes tratados por cáncer colorrectal (todas las etapas y sitios combinados) entre 2011 y 2017 sobreviven cinco años después de la cirugía. En contraste con estos datos, las tasas de mortalidad continúan aumentando, particularmente en América Central, del Sur y Europa del Este².

La cirugía es la piedra angular de la terapia curativa para el adenocarcinoma rectal. Según el estadio clínico, el tamaño y la ubicación del tumor primario, el cáncer de recto se puede extirpar local o radicalmente. Una escisión local generalmente se realiza por vía transanal. La escisión radical se realiza por vía transabdominal con un procedimiento de preservación del esfínter, como una resección anterior baja o una resección

abdominoperineal³. La cirugía laparoscópica de cáncer de recto se ha asociado con beneficios posquirúrgicos como menos íleo y dolor postoperatorios, una menor estancia hospitalaria, disminución de complicaciones postoperatorias, y menor necesidad de transfusiones de sangre⁴.

Un metaanálisis, que incluyó 1.026 pacientes a quienes se realizó una ostomía de protección, en comparación con un grupo control, mostró que reduce la frecuencia de fugas en la anastomosis y la frecuencia de reoperación; sin embargo, los pacientes presentaron riesgo de morbilidad relacionada al estoma. Los pacientes con anastomosis rectal baja (definida de forma variable dentro de los 5 a 8 cm del borde anal), el sexo masculino o la radioterapia preoperatoria se beneficiaron de la derivación fecal temporal⁵. Para la derivación temporal, generalmente se prefiere la ileostomía en asa sobre la colostomía por la facilidad de reversión. Desde un punto de vista práctico, las complicaciones relacionadas con un estoma de protección temporal pueden ser comunes, pero manejables, mientras que las consecuencias de una fuga anastomótica pueden ser catastróficas⁶.

La resonancia magnética (RM) es el estudio de referencia para la estadificación locoregional del cáncer de recto debido a que reporta la profundidad del tumor, metástasis ganglionares, y la extensión tumoral al mesorrecto y la fascia mesorrectal. El ultrasonido transrectal puede ser considerado para diferenciar estadios T tempranos o cuando la RM está contraindicada⁷.

Posterior al tratamiento quirúrgico en estadios II o III de cáncer de recto, se recomienda la terapia de neoadyuvancia porque disminuye la frecuencia de recurrencia local⁸. La adyuvancia debería ser empleada dentro de las 8 semanas siguientes en pacientes con estadio clínico o patológico II de alto riesgo o III de cáncer rectal⁹. Para los pacientes que recibieron quimio o radioterapia previa a la cirugía, se recomienda la adyuvancia independientemente del estadio patológico final¹⁰.

Caso clínico

Mujer de 53 años residente en Quito, Ecuador, sin alergias conocidas. Con antecedente quirúrgico de apendicetomía y ooforectomía derecha por poliquistes, histerectomía por miomas con posterior menopausia quirúrgica, último Pap test realizado en 2019 con reporte normal y antecedente familiar de padre con cáncer de estómago. Presentó proctorragias de 6 meses de evolución acompañado de mucorrea, hematoquecia que coincide con esfuerzos físicos excesivos y dificultad para realizar la deposición. A la exploración proctológica, se palpó a 7 cm del borde anal un tumor de aspecto lobulado, vegetante por lo que se solicitó colonoscopia en la que se visualiza una lesión infiltrativa, mamelonada, ulcerada, friable, que abarca los dos tercios de la luz de una longitud de 3 a 5 cm, cuya biopsia reportó adenocarcinoma invasivo, bien diferenciado, categoría Viena 5. En la RM se reportó una neoplasia con epicentro localizado en el recto superior y recto medio (estadificado como T4b), con ganglios linfáticos mesorrectales, asociada a adenopatía en la cadena ilíaca interna derecha y externa izquierda (M1) (*Figura 1*).

Mediante una laparoscopia exploratoria se realizó resección anterior ultrabaja con anastomosis termino-terminal y confección de ileostomía de protección. En el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica se reportó bordes proximal y distal quirúrgicos libres de tumor y 38 ganglios mesorrectales negativos para malignidad (pT2 N0 Mx) (*Figura 2*).

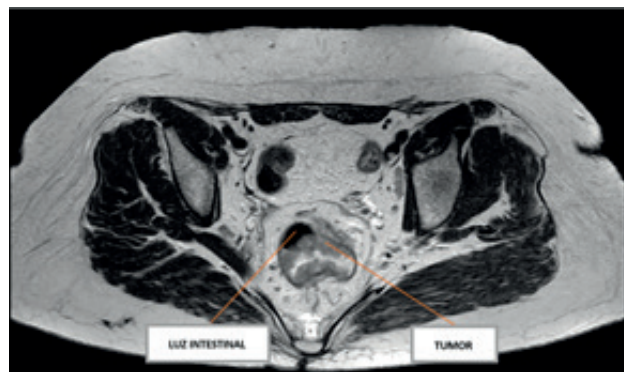


Figura 1. Resonancia magnética simple y contrastada de abdomen y pelvis.

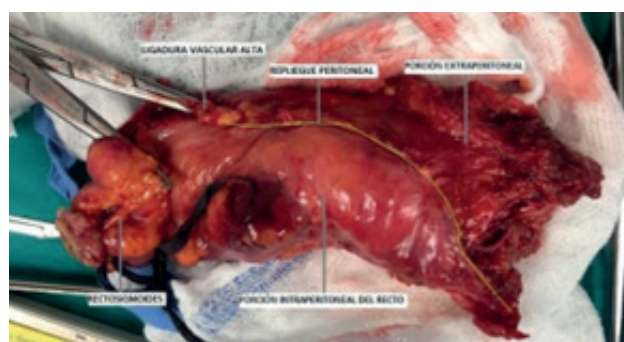


Figura 2. Pieza quirúrgica.

Se realizó cierre de ileostomía 2 meses después de la intervención con evolución favorable y preservación de la continencia fecal. Como complicación posquirúrgica se presentó un hematoma de 200 mL en pared abdominal, que fue drenado quirúrgicamente. Posteriormente la paciente presentó evolución favorable con cierre de herida por segunda intención.

Discusión

El incremento de la incidencia de cáncer colorrectal nos obliga a mejorar las estrategias de tamizaje para realizar un diagnóstico temprano y oportuno. El avance de las técnicas quirúrgicas de mínimo acceso permite una resección curativa en tumores del recto con la resección anterior baja y anastomosis con preservación del aparato esfinteriano, lo que mejora la calidad de vida del paciente y permite disminuir la morbilidad generada por la cirugía convencional que suele requerir la confección de un estoma de derivación definitivo.

La ileostomía de protección de la anastomosis término-terminal disminuye la mortalidad por sepsis producto de la fuga anastomótica. Sin embargo, los estomas de protección presentan morbilidades como alteraciones hidroelectrolíticas, obstrucción intestinal, infección de la piel y partes blandas, eventración, etc.

Para la estadificación clínica de cáncer colorrectal se prefiere la RM, así como para valorar la posibilidad de resección quirúrgica debido a que puede predecir tumores poco susceptibles a una resección curativa como en casos de invasión a órganos adyacentes dentro del compartimento pélvico. Como método complementario se emplea el ultrasonido endorrectal, especialmente en casos de estadios T tempranos o cuando la RM está contraindicada. Sin embargo, los auxiliares de diagnóstico de imagen pueden presentar una correlación clínico-patológica errónea.

Conclusión

Años atrás el diagnóstico de cáncer recto suponía amputación de aparato esfinteriano y recto con posterior colostomía definitiva comprometiendo la calidad de vida y morbilidad. Las técnicas actuales, a través de abordaje laparoscópico, permiten una mejor resección mesorrectal, obteniéndose resultados oncológicos adecuados y permitiendo una adecuada restitución de tránsito intestinal con anastomosis primarias y preservación del aparato esfinteriano. A pesar de la evolución tecnológica en cuanto a los medios diagnósticos es importante mejorar los protocolos para una adecuada estratificación clínica de los tumores de recto.

Participación y datos de los autores en el desarrollo del artículo:

Médicos encargados del desarrollo y tratamiento del caso clínico del paciente:

Dr. Antonio Torres, Médico Tratante del Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1 Dr. Carlos

Masabanda, Médico Tratante del Servicio de Proctología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1.

Médicos a cargo del seguimiento del paciente y de la realización de este artículo:

Dr. Francisco Rivadeneira, Médico Residente del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1

Dr. Joseph Mesías Médico Posgradista R1 de Cirugía General, Universidad de Las Américas.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo con el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 y los miembros de la revista MetroCiencia.

Financiación

No hubo financiación externa para la realización de este documento.

Bibliografía

1. **Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A.** Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022; 72:7.
2. **Brenner DR, Heer E, Sutherland RL, Ruan Y, Tinmouth J, Heitman SJ, et al.** National trends in colorectal cancer incidence among older and younger adults in Canada. *JAMA Netw Open.* 2019; 2(7):e198090.
3. **Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al.** Rectal cancer, Version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Available at: www.nccn.org (Accessed on October 10, 2022).
4. **Kahi CJ, Boland CR, Dominitz JA, et al.** Colonoscopy Surveillance After Colorectal Cancer Resection: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2016; 150:758.
5. **Scott RK, Larson DW.** Minimally invasive techniques: Left/sigmoid colectomy. 2022. UpToDate, 1-15.

6. **Pisarska M, Gajewska N, Małczak P, et al.** De-functioning ileostomy reduces leakage rate in rectal cancer surgery - systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2018;9:20816–20825
7. **Nuernberg D, Saftoiu A, Barreiros AP, et al.** Recomendaciones de la EFSUMB para ecografía gastrointestinal Parte 3: ecografía endorrectal, endoanal y perineal. *Ultrasonido Int Open* 2019; 5:E34.
8. **Gianotti L, Tamini N, Nespoli L, et al.** A prospective evaluation of short-term and long-term results from colonic stenting for palliation or as a bridge to elective operation versus immediate surgery for large-bowel obstruction. *Surg Endosc*. 2013;27:832–842
9. **Baxter N, Kennedy E, Bergsland E, et al.** Adjuvant Therapy for Stage II Colon Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology* 2022 40:8, 892-910.
10. **Wolmark N, Wieand HS, Hyams DM, et al.** Randomized trial of postoperative adjuvant chemotherapy with or without radiotherapy for carcinoma of the rectum: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol R-02. *J Natl Cancer Inst*. 2000; 92:388–396.

Cómo citar: Torres A; Masabanda C; Rivadeneira F; Mesías J. Resección anterior ultrabaja y anastomosis laparoscópica en adenocarcinoma de recto. Reporte de un caso. *MetroCiencia* [Internet]. 29 de diciembre de 2023; 31(4):67-71. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/4/2023/67-71>