



Implementación simultánea del abordaje laparoscópico y TEO/TEM en el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto

Rodríguez García JI, Llaneza Folgueras A, Rodicio Miravalles JL, Avilés García P, Gómez Álvarez G, González González JJ
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

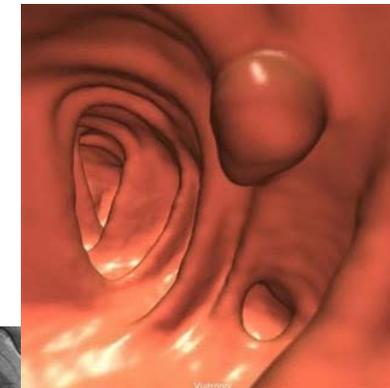
Hospital de Cabueñes

HUCA

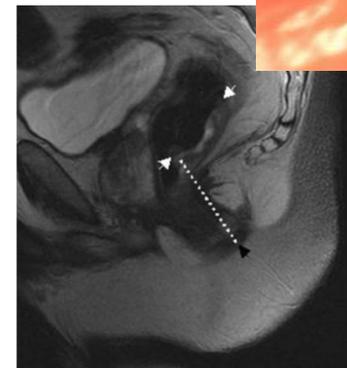
Departamento de Cirugía y Especialidades MQ Universidad de Oviedo

¿Cómo hacer un diagnóstico correcto del cáncer de recto?

P	Cáncer de Mama	Ansiedad	EPOC	Cardiopatía Isquémica
Programas				
C	Diabetes	Ictus	Alcoholismo	Carcinoma de Colon
Claves				
A	Cáncer de Próstata	Demencia	Depresión	
Atención				
I	Dolor Crónico Musculo-esquelético	Hipertensión Arterial		
Interdisciplinar				
	Embarazo, Parto y Puerperio			

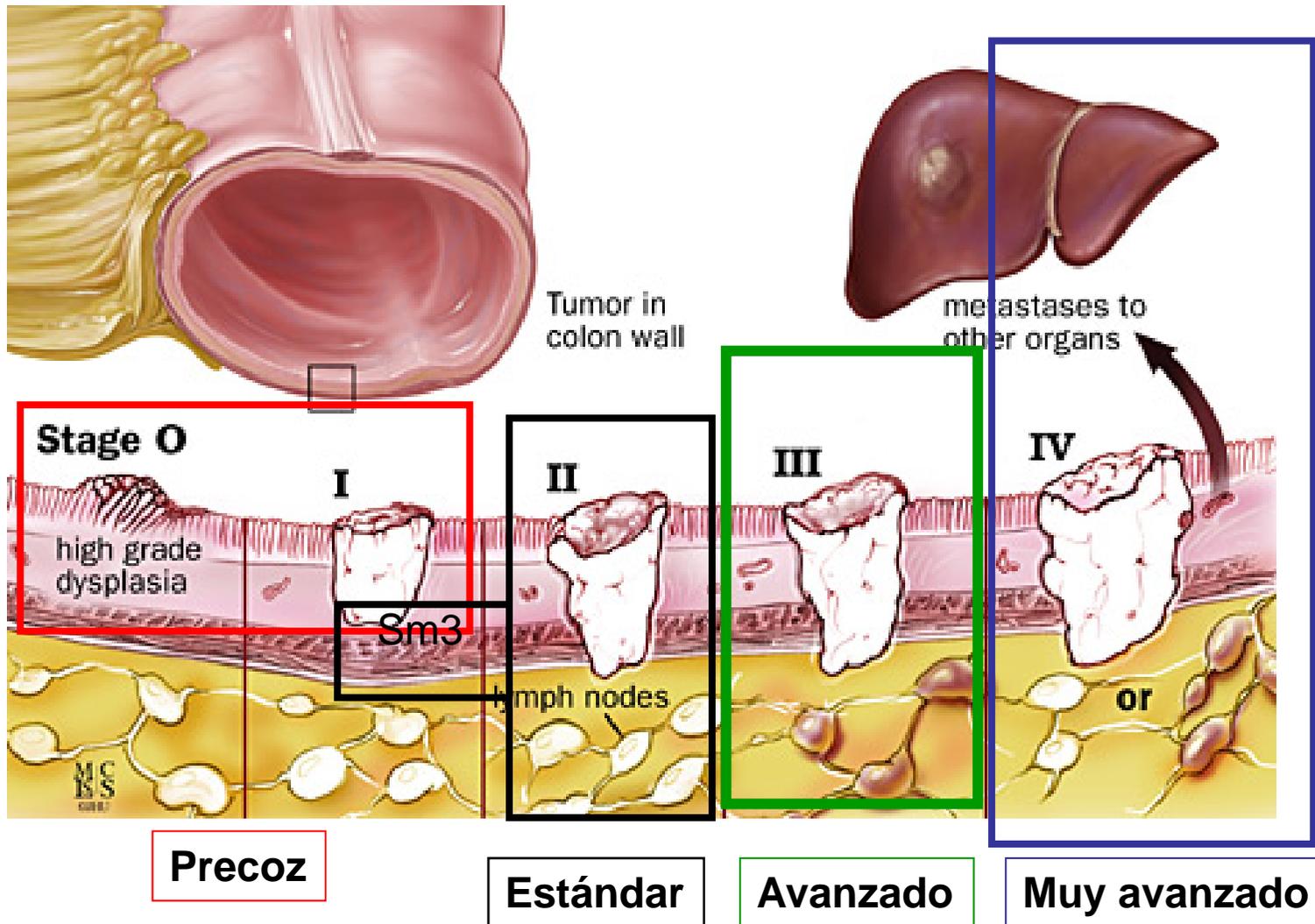


- Rectocolonoscopia
- Ecografía endorrectal
 - Ecoendoscopia
- RMN
- TC Toracoabdominal
- Colonoscopia virtual
- Enema opaco
- PET-scan



<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud>

Cáncer colorrectal



Resección laparoscópica del cáncer de recto

- Metaanálisis

Gao (IJCD 2006)

Aziz (Ann Surg Oncol 2006)

Breukink (Cochrane DSR 2006)

Huang (IJCD 2011)

- Ensayo multicéntrico randomizado

CLASICC (JCO 2007) 381 pac.

- Ensayo randomizado

Braga (DCR 2007) 165 pac.

Ng (ASO 2008) 99 pac.

Lujan (BJS 2009) 204 pac.

- Ensayo no randomizado

Morino (Surg Endosc 2005)

Strohlein (DCR 2008)

Gouvas (IJCR 2009)

Miyajima (Surg Endosc 2009) multicéntrico 1057 pac.

Seshadri (Surg Endosc 2012) 144 pac. (AAP)

Laurent (Col Dis 2012) 175 pac (interesfinteriana)

McGlone (Surg Endosc 2012) Función urogenital

Menos morbilidad postoperatoria

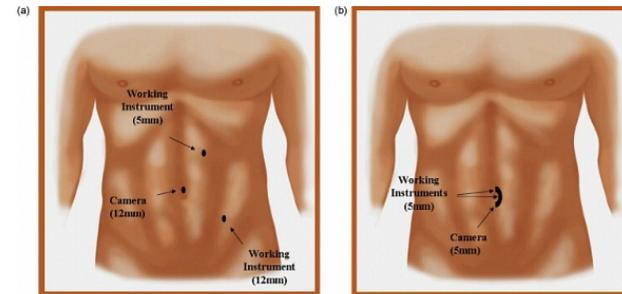
Recuperación más rápida

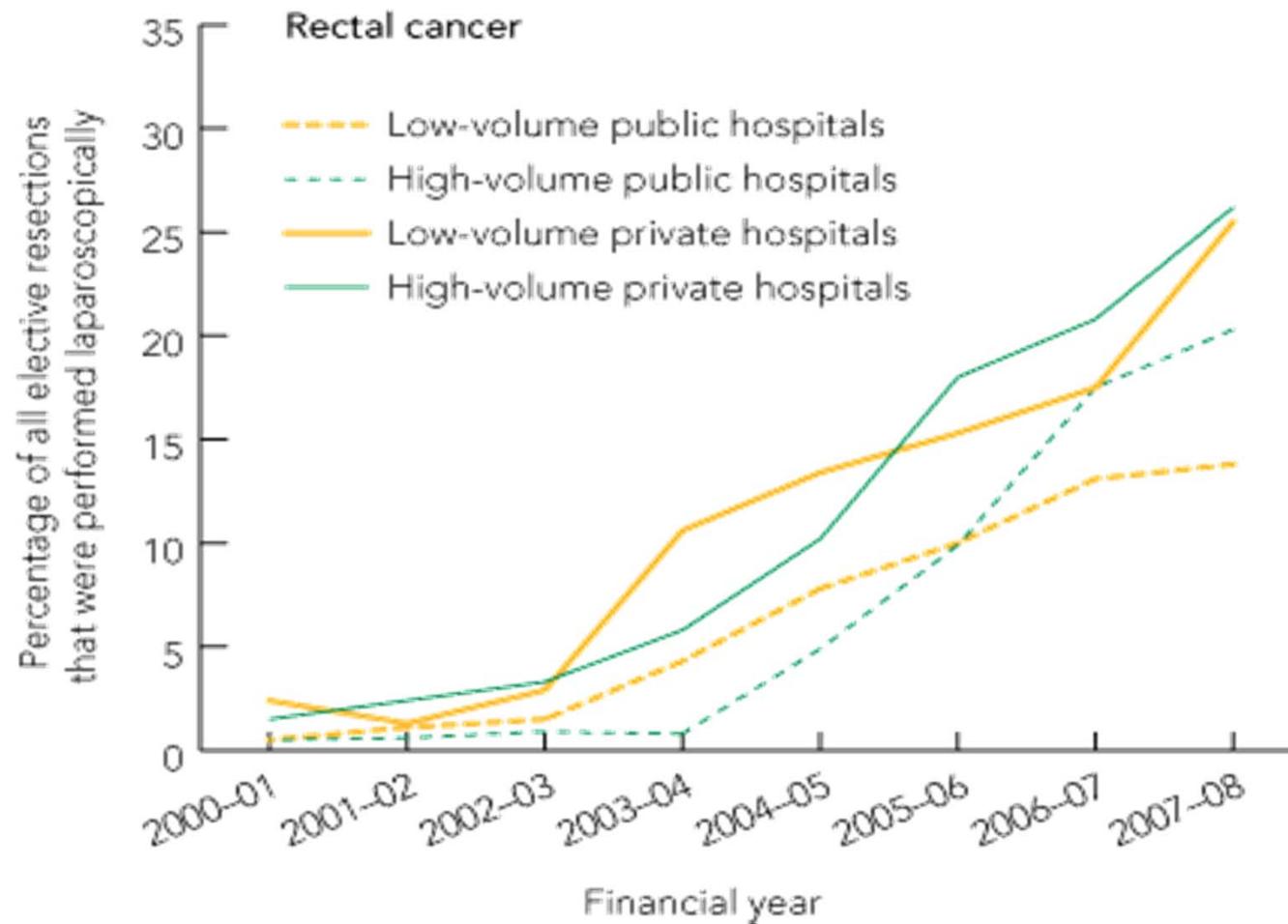
Menos secuelas urogenitales

Sin comprometer resultados oncológicos

Cirugía laparoscópica del cáncer de recto

- Asistida (incisión abdominal de apoyo)
 - Multipuerto + incisión
 - “Single port”
 - “Glove port”
- NOSE
 - Extracción transvaginal
 - Extracción espécimen transanal (interesfinteriana) o transrectoanal
 - TATA/LATAS
 - » anastomosis coloanal
 - Con /sin coloplastia
 - Con/sin reservorio
 - anastomosis mecánica colo-rectal intracorporea

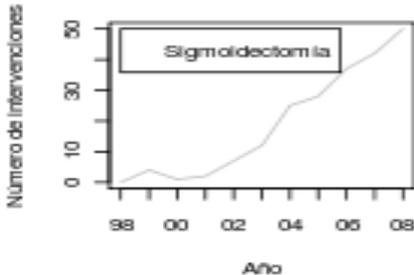
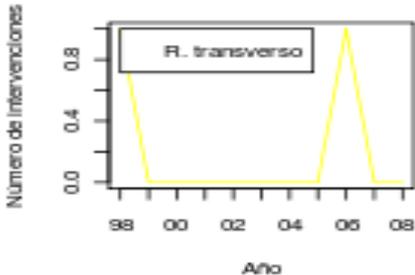
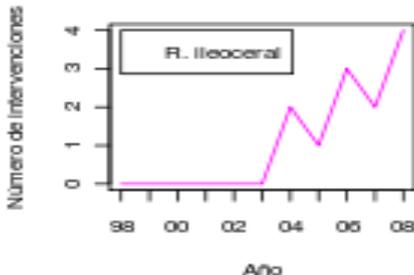
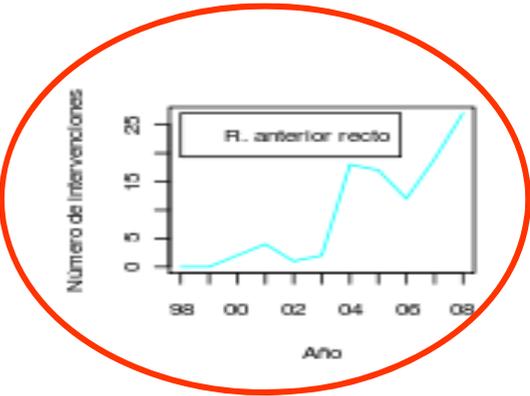
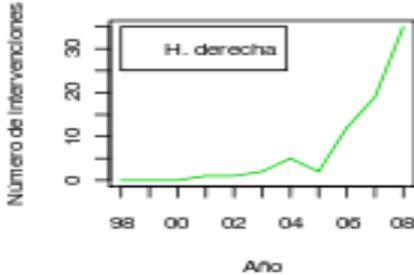
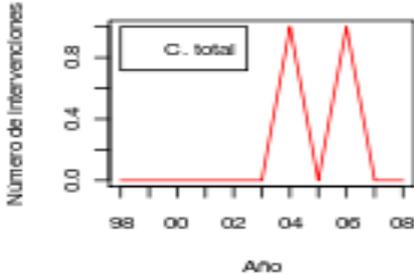
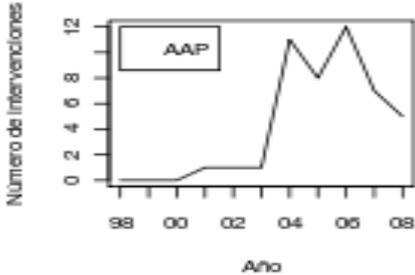




National trends in the uptake of laparoscopic resection for colorectal cancer, 2000–2008

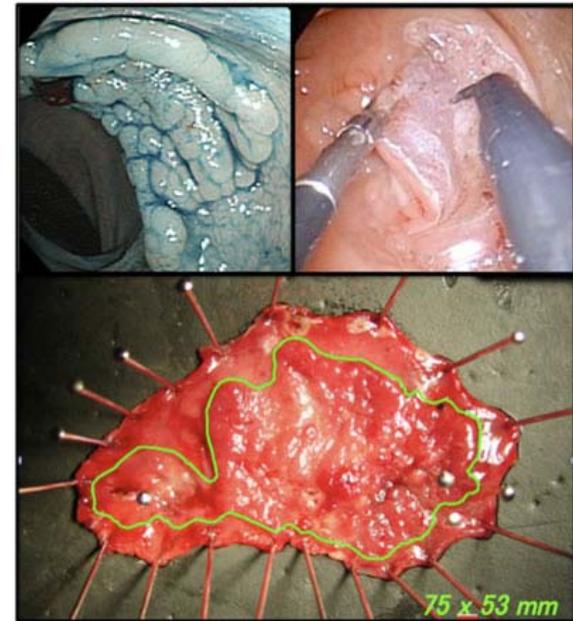
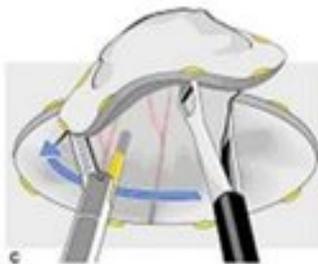
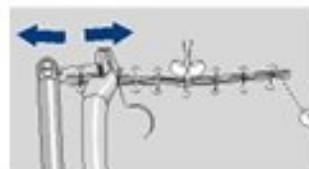
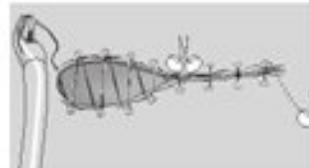
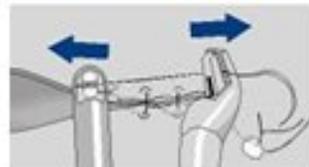
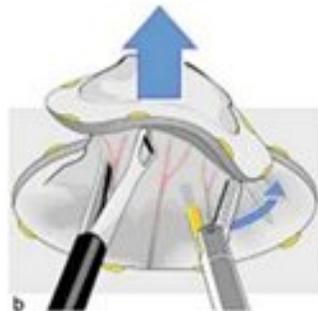
Thompson BS, Coory MD, Lumley JW *Med J Aust* 2011; 194 (9): 443-447.

Implantación y desarrollo de la Cirugía Laparoscópica Colorrectal en el Principado de Asturias 1998-2008



521 Intervenciones
 30 cirujanos
 8 Centros hospitalarios

Microcirugía endoscópica transanal TEO/TEM



Barendse y cols. Endoscopy 2011; 43:941-955

“REM es más segura pero menos efectiva que TEM”
(más recurrencia precoz tras REM 11.25/5.4% y más complicaciones tras TEM
3.8%/13%)

Guerrieri M. Surg Endosc 2010; 24;445-449 (TEM)

No mortalidad. No conversión. Complicaciones menores 7% y mayores 0.5%

Morino M. Surg Endosc 2011 (TEM)

Un tamaño **>3cm**, la infiltración **sm3**, diferenciación **bajo grado**, la **infiltración del borde y linfovascular** se asocian a más recurrencia

Allaix ME. Br J Surg 2011 (TEM)

No empeora la continencia fecal ni la calidad de vida

Objetivo

Analizar los resultados de la implementación simultánea del abordaje laparoscópico y con TEM en un Hospital Universitario

Material y método

Enero2009-Diciembre2011
(Pacientes: 210)

	Abierta-transanal n=165	Lap-TEM n=45	<i>p</i>
Edad (DS)	68.3(11)	70.6(12)	ns
Sexo:			ns
Hombre	103 (62%)	31(69%)	
Mujer	62 (38%)	14 (31%)	
ASA			ns
I-II	102 (62 %)	32 (71%)	
III-IV	63 (38%)	13 (29%)	
Localización:			ns
Superior	44 (27%)	13 (29%)	
Medio-inf.	111(73%)	32 (71%)	
Estadio:			ns
I-II	74 (45%)	25 (56%)	
III-IV	81 (55%)	20 (44%)	

Neoadyuvancia:

- Radioquimioterapia: 49%
- Radioterapia: 7%

Material y método

Enero2009-Diciembre2011
(Pacientes: 210)

Análisis:

Procedimiento

Morbimortalidad

Estancia hospitalaria

Resultados

	Abierta-transanal n=165	Lap-TEM n=45	<i>p</i>
Procedimiento:			
Resección anterior	89	22(2NOSE)	
AAP	40	8	
Hartmann	23	1	
Local	3	14	
Conversión		1(RA)	
Complicaciones Médicas(%)	63(38)	14 (31)	ns
Complicaciones quirúrgicas(%)	48(29)	10(22)	ns
Infecc herida	24(16)	2(7)	
Infecc periné	4(10)	0(0)	
Dehiscencia/Fístula	4(4)	1(4)	
Reintervenciones	16(10)	3(7)	ns
Mortalidad	5(3)	1(2)	ns

(%)

Resultados

	Abierta-transanal n=165	Lap-TEM n=45	<i>p</i>
Estancia hospitalaria Media (DS) <9 días	17.8(14.7) 20%	12.4(18.6) 60%	ns P<0.01

Conclusiones:

- La implementación de diferentes abordajes mínimamente invasivos para el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto puede realizarse de forma simultánea.
- Incluso durante el tiempo de introducción de la técnica se mantienen los exigentes estándares de calidad vigentes.
- La morbilidad y la estancia hospitalaria han sido menores con el abordaje mínimamente invasivo.