

Artículos multimedia

Detalles técnicos en el TaTME laparoscópico para el cáncer de recto medio-bajo

Tricks and tips for laparoscopic TaTME

P. Tejedor, M. Ortega-López, M. León-Arellano, H. Guadalajara, D. García-Olmo, C. Pastor

Departamento de Cirugía. Unidad de Cirugía Colorrectal. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

RESUMEN

La escisión total del mesorrecto vía transanal (TaTME) es una técnica combinada por vía laparoscópica (abdominal y transanal) descrita recientemente para la cirugía del cáncer de recto. Está especialmente indicada en tumores de recto medio-bajo cuyo abordaje puramente laparoscópico es técnicamente difícil. Como ventajas del procedimiento se ha descrito un incremento en el porcentaje de margen radial y distal libres y una mejor calidad oncológica de escisión total mesorrectal (ETM) en comparación con la técnica laparoscópica. Sin embargo, también presenta inconvenientes como la necesidad de doble aparataje laparoscópico o la complejidad y curva de aprendizaje del procedimiento incluso para cirujanos con amplia experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

El objetivo del presente vídeo es describir los pasos de la técnica quirúrgica para facilitar una correcta ETM cuando se realiza un caso mediante TaTME laparoscópico. Así mismo, se describen algunas modificaciones en la técnica quirúrgica y en la construcción de la anastomosis en función del tipo de tumor que queramos intervenir según la clasificación de Rullier.

En nuestra experiencia, el TaTME laparoscópico es un tratamiento quirúrgico seguro para el tratamiento del cáncer de recto, recomendado

fundamentalmente en pacientes con cáncer de recto medio-bajo que requieran ETM, varones, con pelvis estrecha. La experiencia adquirida en TaTME laparoscópico, junto con la evolución de los dispositivos de cirugía transanal hace posible la realización de una técnica novedosa y compleja, con una larga curva de aprendizaje. En nuestra experiencia, esta sistematización de la cirugía que proponemos permite mejorar los resultados a corto plazo.

Palabras clave: cáncer de recto, abordaje transanal, cirugía mínimamente invasiva.

ABSTRACT

Transanal total mesorectal excision (TaTME) is a novel technique for rectal resections that combines abdominal and transanal approaches. It is especially useful in very low rectal tumours located in a narrow pelvis, in which a laparoscopic approach is technically challenging. There are several advantages for this procedure compared to laparoscopy such as higher rates of free circumferential and distal margins and a better quality of the specimen in the technique of total mesorectal excision (TME). However, the drawbacks are: the need of two laparoscopic sets, the complexity of the technique and the learning curve, which even exists for experienced surgeons in minimally invasive surgery.

We aimed to analyze some technical details to make an appropriate dissection when performing TaTME. Both the abdominal and transanal approach were analyzed, including the type of the anastomosis and some technical modifications needed regarding the type of tumor faced in the Rullier classification.

CORRESPONDENCIA

Carlos Pastor
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
28040 Madrid
cpastorid@fjd.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Tejedor P, Ortega López M, León Arellano M, Guadalajara H, García Olmo D, Pastor Idoate C. Detalles técnicos en el TaTME laparoscópico para el cáncer de recto medio-bajo. Cir Andal. 2018;29(4):552-54.

In our experience, TaTME is a safe option for low rectal cancer treatment, requiring TME, especially in males and patients with a narrow pelvis. It is a novel and complex surgery, with a long learning curve; however, the acquired experience performing TaTME and the evolution of the transanal devices make it feasible and reproducible. The standardization of the surgical technique may improve the short-term outcomes.

Keywords: rectal cancer, transanal approach, minimally invasive surgery.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Transmitir detalles técnicos para la correcta realización de la escisión total del mesorrecto vía transanal (TaTME) laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de pasos y detalles técnicos útiles para facilitar una técnica quirúrgica compleja de reciente aparición¹. Se analizan ambos tiempos quirúrgicos, abdominal y transanal, incluyendo modificaciones técnicas según el tipo de tumor de la clasificación de Rullier (Figura 1)². Inicialmente se describió la técnica para ser realizada por mismo equipo de cirujanos realizando la disección abdominal y transanal de forma consecutiva¹, siendo modificada posteriormente para poder realizar la disección abdominal y transanal de forma simultánea por dos equipos de cirujanos³.

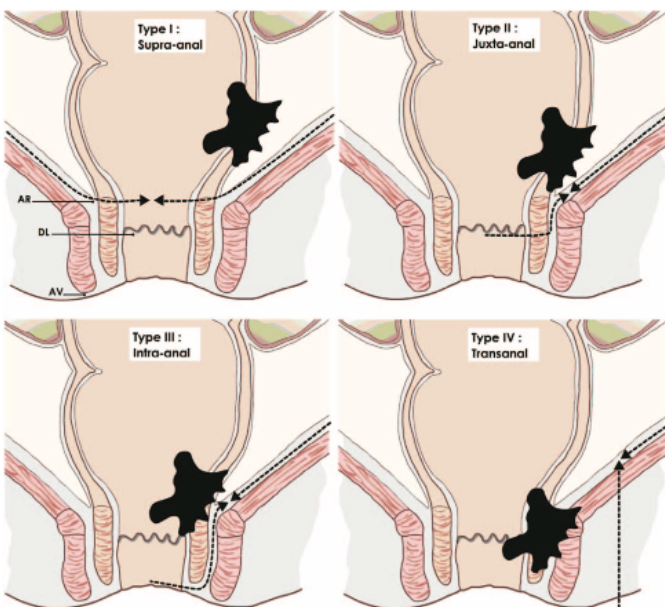


Figura 1
Clasificación de Rullier.

RESULTADOS

Tiempo abdominal laparoscópico

1. Posición de Litotomía modificada (Lloyd-Davies).
2. Descenso del ángulo esplénico.
3. Ligadura alta de la vena mesentérica inferior.
4. Disección anterior hasta el nivel de las vesículas seminales/fondo de saco de Douglas.
5. Disección posterior hasta la apertura de la fascia recto-sacra y entrada en el plano de la ETM.

Tiempo transanal

1. Posición ginecológica.
2. Bloqueo bilateral de nervios pudendos con 20 ml mepivacaína 2%.
3. Separador Lone Starr® (Cooper Surgical).
4. Insuflador de flujo inteligente AIRSEAL® IFS-Conmed.
5. Dispositivo transanal GelPoint® Path (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, California, USA). El posicionamiento de los trocares se realiza triangulando su disposición sobre el dispositivo (Figura 2): trocar de 8 mm del AIRSEAL® IFS-Conmed en el cuadrante izquierdo superior (mano del cirujano), trocar del GelPoint® Path en el cuadrante izquierdo inferior (mano del cirujano), trocar del GelPoint® Path en el cuadrante lateral derecho para introducción de la cámara (10 mm - 30°, mano del ayudante). El cirujano principal puede modificar la posición de su mano derecha y triangular entre los dos trocares restantes, facilitando así la disección tanto en el plano anterior como en el posterior.

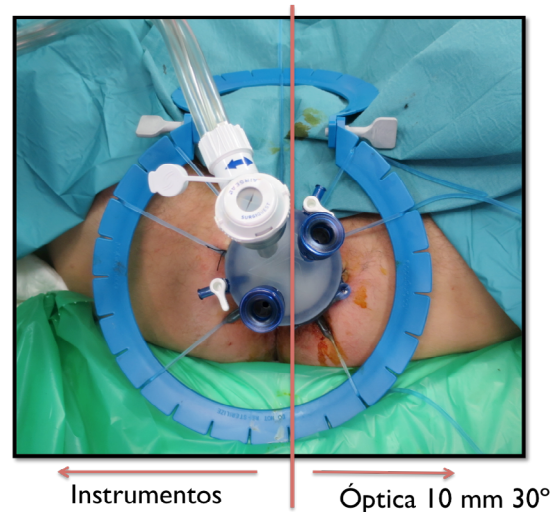


Figura 2
Colocación de los trocares en el dispositivo GelPoint® Path.

6. Marcaje de la circunferencia bajo visualización directa del tumor.
7. Bolsa de tabaco endoanal asegurando margen distal. Se realiza con Prolene® 2/0 (Polypropylene Suture, Ethicon), quedando a unos 3-4 cm del margen anal externo (MAE) y empezando a las 7 horas en posición ginecológica. Debe constar de unos 8-10 puntos como máximo.
8. Rectotomía circunferencial completa hasta seccionar la capa muscular del recto.
9. La disección en el plano de la ETM comienza en el plano posterior, continúa con la cara anterior y por último ambos laterales en forma cilíndrica. Se progresa de este modo hasta la comunicación con la disección abdominal, cuya tracción simultánea ayuda para finalizar disección por parte del equipo perineal.
10. Extracción protegida con aro Alexis® (Applied Medical) endoanal/abdominal de la pieza quirúrgica.
11. Bolsa de tabaco manual sobre el muñón rectal con Prolene® 2/0, aguja de 17 mm y porta curvo.
12. Anastomosis colorrectal baja o coloanal en función del caso, término-terminal, mecánica/manual. En el caso de la anastomosis mecánica se emplea CEEA® 28 mm (Covidien), empleando un drenaje 12 Fr. como guía⁴.

DISCUSIÓN

El abordaje transanal (TaTME) para el cáncer de recto medio-bajo ha supuesto una revolución en los últimos años desde la popularización de la técnica descrita por Sylla *et al.* en 2013¹. Esta técnica permite una mejor visualización de los planos de disección y asegura un margen distal oncológicamente seguro. Sin embargo, presenta una complejidad añadida al abordaje laparoscópico del cáncer de recto que precisa de una curva de aprendizaje incluso para cirujanos con experiencia previa en cirugía mínimamente invasiva transanal. Por este motivo, en los últimos años se están organizando cursos internacionales con la finalidad de facilitar el aprendizaje⁵ y proporcionar una estandarización de la técnica quirúrgica tal y como se propone en el presente vídeo.

CONCLUSIONES

La experiencia adquirida en TaTME laparoscópico, junto con la evolución de los dispositivos de cirugía transanal hace posible la realización de una técnica novedosa y compleja. En nuestra experiencia, esta sistematización de la cirugía que proponemos permite mejorar los resultados a corto plazo.



[Acceder al vídeo](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. Sylla P, Bordeianou LG, Berger D, et al. A pilot study of natural orifice transanal endoscopic total mesorectal excision with laparoscopic assistance for rectal cancer. *Surgical endoscopy*. 2013; 27:3396-405.
2. Rullier E, Denost Q, Vendrely V, Rullier A, Laurent C. Low rectal cancer: classification and standardization of surgery. *Diseases of the colon and rectum*. 2013; 56:560-7.
3. Arroyave MC, DeLacy FB, Lacy AM. Transanal total mesorectal excision (TaTME) for rectal cancer: Step by step description of the surgical technique for a two-teams approach. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2017; 43:502-5.
4. Penna M, Knol JJ, Tuynman JB, Tekkis PP, Mortensen NJ, Hompes R. Four anastomotic techniques following transanal total mesorectal excision (TaTME). *Techniques in coloproctology*. 2016; 20:185-91.
5. Penna M, Hompes R, Mackenzie H, Carter F, Francis NK. First international training and assessment consensus workshop on transanal total mesorectal excision (taTME). *Techniques in coloproctology*. 2016; 20:343-52.

Artículos multimedia

Abordaje laparoscópico de rectocele mediante colposacropexia

Laparoscopic approach to rectocele by colposacropexy

C. Monje-Salazar, L. Lobato-Bancalero, S. Mansilla-Díaz, E. Corrales-Valero, A. del Fresno-Asensio, J.L. Cuba-Castro, R. de Luna-Díaz

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN

El prolapso rectal completo manifestado como rectocele es una patología que afecta en gran medida a la calidad de vida del paciente. El tratamiento quirúrgico de esta patología va dirigido al restablecimiento de la anatomía pélvica normal, para lo que se han descrito múltiples técnicas. La colposacropexia ventral laparoscópica es una técnica segura y eficaz para el tratamiento integral del descenso del suelo pélvico. El abordaje laparoscópico reduce la tasa de morbimortalidad así como la estancia hospitalaria, y el abordaje abdominal presenta mejores resultados y menor tasa de recurrencia que el abordaje perineal. En cuanto al abordaje anterior, presenta menor riesgo de estreñimiento posterior.

Presentamos el caso de una mujer de 24 años con rectocele grado IV que se somete a colposacropexia ventral anterior laparoscópica.

Palabras clave: colposacropexia, laparoscopia, rectocele, estreñimiento.

ABSTRACT

The complete rectal prolapse, that appears like rectocele, is a pathology that greatly affects the quality of life of the patient. The aim of surgical treatment of this pathology is to restore the normal pelvic anatomy, for which multiple techniques have been described. Laparoscopic ventral colposacropexy is a safe and effective technique for integral treatment of pelvic prolapse. The laparoscopic approach reduces the morbidity and mortality rate as well as the hospital stay, and the abdominal approach has better results and a lower recurrence rate than the perineal approach. As for the anterior approach, it presents a lower risk of subsequent chronic constipation.

We present the case of a 24-year-old woman with grade IV rectocele who underwent laparoscopic anterior ventral colposacropexy.

Keywords: colposacropexy, laparoscopy, rectocele, constipation.

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal completo manifestado como rectocele es una patología que afecta en gran medida a la calidad de vida del paciente. Es más frecuente en mujeres, sobre todo relacionado con los antecedentes obstétricos. Es habitual encontrar alteraciones en la anatomía pélvica de estos pacientes como un sigma redundante, fijación laxa del recto al promontorio, diástasis del elevador del ano o excesiva profundidad del fondo de saco de Douglas.

CORRESPONDENCIA

Cristina Monje Salazar
Hospital Universitario Virgen de la Victoria
29010 Málaga
cris_288_ms@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Monje Salazar C, Lobato Bancalero L, Mansilla Díaz S, Corrales Valero E, del Fresno Asensio A, Cuba Castro JL, de Luna Díaz R. Abordaje laparoscópico de rectocele mediante colposacropexia. Cir Andal. 2018;29(4):555-56.