

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Julio L. Lococo JL, Di Paola LE, Mattacheo AE y col. Manejo conjunto de una complicación posquirúrgica de escisión total mesorrectal transanal (TaTME) por cáncer de recto inferior. A propósito de un caso. *Rev Arg Med* 2025;3:218-21

DOI: <https://doi.org/10.61222/7gn2v204>

Recibido: 10 de enero de 2025.

Aceptado: 4 de abril de 2025.

¹ Sanatorio Anchorena del Callao, CABA.

² Hospital Churrua Vista, CABA. Servicio de Coloproctología.

³ HIGA C.G. Durand, CABA. Servicio de Gastroenterología.

⁴ Hospital Ramos Mejía, CABA.

⁵ Hospital de Clínicas José de San Martín, CABA.

⁶ Sanatorio Finochietto, CABA.

⁷ Clínica de Rehabilitación Otamendi, CABA.

El consentimiento para la publicación del presente artículo fue obtenido directamente del paciente.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Julio L. Lococo. Sanatorio Anchorena del Callao. Av. Callao 499, (1022), CABA. Correo electrónico: jl@pagbam.com

MANEJO CONJUNTO DE UNA COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA DE LA ESCISIÓN TOTAL MESORRECTAL TRANSANAL (TATME) POR CÁNCER DE RECTO INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

JOINT MANAGEMENT OF A POSTSURGICAL COMPLICATION OF TRANSANAL TOTAL MESORECTAL EXCISION (TaTME) IN LOWER RECTUM CANCER. A CASE REPORT

Julio L. Lococo  0000-0002-8382-4739,^{1,2} Leandro E. Di Paola  0000-0002-3994-8240,^{1,3} Adrián E. Mattacheo  0000-0002-9622-9031,^{1,4} Adolfo Savia  0000-0002-2018-5183,^{1,7} Alejandra Viccicontte  0009-0000-7930-7408,^{1,5} Francisco A. Allalla  0009-0001-3307-6162,^{1,6} Luis Barraza  0009-0004-6730-2895,¹ Florencia Francisquelo  0009-0004-3745-2083¹

RESUMEN

La cirugía del cáncer de recto es un gran desafío para el equipo de salud en general y el cirujano proctólogo en particular. En pacientes portadores de tumores voluminosos de recto medio e inferior, con pelvis estrecha y un índice de masa corporal elevado, esta situación es aún más compleja. A partir de 2010 comenzó a difundirse la cirugía de escisión total mesorrectal transanal (TaTME, su sigla en inglés), en la cual se realiza un abordaje combinado abdominal y pélvico tanto por vía laparoscópica como robótica, con el fin de superar las dificultades mencionadas y obtener un adecuado margen distal. Como contrapartida, este nuevo abordaje a través de la pelvis ha generado nuevos desafíos que han llevado a la comunidad quirúrgica al uso cauteloso de su implementación así como al desarrollo de estrategias de enseñanza y monitorización de la técnica, como el International TaTME Educational Collaborative Group. El objetivo de esta publicación es presentar una complicación posquirúrgica relevante de TaTME en un centro de alto volumen, su manejo y resolución conjunta con el Servicio de Endoscopia en la misma institución.

PALABRAS CLAVE. Cáncer de recto, cirugía, TaTME.

ABSTRACT

Surgery for rectal cancer poses a great challenge for the healthcare team and for the proctologist surgeon in particular. Patients with bulky tumors of the middle and lower rectum, with a narrow pelvis and a high body mass index make this situation even more complex. From 2010 onwards, transanal total mesorectal excision (TaTME) surgery became popular. It performs a combined abdominal and pelvic approach both laparoscopically and robotically, in order to overcome the above difficulties and obtain an adequate distal margin. On the other hand, this new approach through the pelvis has generated new challenges that led the surgical community to cautiously use its implementation and also encouraged the development of teaching and monitoring strategies for the technique such as the

Artículo publicado por la Revista Argentina de Medicina [RAM]. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada.

International TaTME Educational Collaborative Group. The objective of this publication is to present a relevant post-surgery complication of TaTME in a high-volume center, with its joint management and resolution with the Endoscopy Service.

KEY WORDS. Rectal cancer, surgery, TaTME.

Introducción

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte asociada al cáncer en Estados Unidos. El cáncer de recto representa aproximadamente la tercera parte de todos los tipos de cáncer colorrectal (1). Su abordaje quirúrgico es muy desafiante para el equipo asistencial pero también implica una elevada morbilidad e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Desde 1907, descrita originalmente por Milles, la escisión mesorrectal total (TME, su sigla en inglés) ha sido el estándar quirúrgico. En los últimos años el desarrollo de las técnicas laparoscópicas (La-TME) ha representado una evolución de dicho procedimiento; sin embargo, su utilidad es limitada en los tumores rectales bajos, y se necesitan cirujanos sumamente entrenados, pero, aun así, existe el riesgo de obtener márgenes insuficientes. En 2010 Lacy y colaboradores (2) describieron una nueva técnica quirúrgica para tratar el cáncer de recto inferior y medio: la escisión total mesorrectal transanal (TaTME, su sigla en inglés), que consiste en el abordaje combinado (laparoscópico/robótico) abdominal y transanal para lograr un adecuado margen distal por la vía transanal, con mesorrecto indemne con el objeto de disminuir la tasa de recurrencia local así como ventajas funcionales, como disminuir la lesión nerviosa pélvica y preservar la continencia.

Caso clínico

Una paciente femenina de 47 años sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de relevancia presentó episodios recurrentes de proctorragia y mucorrea de más de dos meses de evolución, por lo cual fue derivada al servicio de Gastroenterología, que decidió practicar una videocolonoscopia, que evidenció una lesión exofítica con áreas de necrosis y ulceración, con superficie friable, de 40 mm de extensión, franqueable, localizada a 6 cm del margen anal (Fig. 1-A). El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto. Se realizó estadificación y se evaluó en el consultorio de Cirugía oncológica colorrectal. En el examen físico digital, se observó una lesión poco móvil, ulcerada, sangrante al tacto en la cara posterior, a los 6 cm del margen anal. Se completó el proceso de estadificación mediante resonancia magnética nuclear (RMN) de alta resolución con protocolo para cáncer de recto (Fig. 1-B), que informó lesión compatible con un T2 N0.

El caso se discutió en el Comité de Tumores y se decidió el abordaje mediante cirugía radical utilizando la TaTME. Se cumplió un tiempo abdominal estándar a la cirugía oncológica del cáncer de recto: ligadura alta de vasos mesentéricos inferiores, descenso del ángulo esplénico del colon, y disección mesorrectal hasta alcanzar el tabique rectovaginal, los alerones del recto, y la unión sacrococcígea en su cara posterior. El tiempo transanal consistió en la colocación de un dispositivo transanal descartable, realización de neumorrecto, jareta distal al tumor y disección mesorrectal ascendente hasta encontrar la disección previa. Se realizó anastomosis mecánica y se dejó una ileostomía de protección. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica arrojó adenocarcinoma de recto pT2N1a (1/16 ganglios), con márgenes circunferencial y distal libres de lesión microscópica. Por



Figura 1. Videocolonoscopia. Se observa lesión en la pared rectal exofítica friable con áreas necróticas, franqueable en hora 4, a 6 cm del margen anal.

presentar compromiso linfático, se decidió en ateneo iniciar capecitabina-oxaplatino (CAPOX) por cinco ciclos seguido de quimioterapia concurrente con capecitabina, sin radioterapia postoperatoria. Finalizada la adyuvancia, se indicaron los estudios complementarios para programar el cierre de la ileostomía de protección. Se constató estenosis severa de la anastomosis, menor a 5 mm, por examen digital y videocolonoscopia (Fig. 2-A).

Se procedió al tratamiento endoscópico, iniciado con dilataciones hidráulicas controladas con balón TTS de dilatación gradual tipo CRE de 8 a 10 mm y posteriormente una segunda sesión con balón de 12 a 15 mm, combinado con terapia incisional de puente fibroso residual con dispositivo Knife (Fig. 2-B y C). Finalizados los procedimientos, con buena tolerancia, y previa videocolonoscopia a ciego, se realizó a los 15 días el cierre de la ileostomía, con posterior inicio de tratamiento funcional con *biofeedback* por diez sesiones.

Pasados seis meses, la paciente evoluciona libre de enfermedad y con buenos resultados funcionales, con aceptable control de la evacuación sin soporte farmacológico que favorezca el retardo de la misma. Se continúa el seguimiento por consultorios externos de Oncología, Gastroenterología y Coloproctología.

Discusión

El tratamiento del cáncer de recto bajo plantea un gran desafío al equipo de salud. En los últimos veinte años, hemos sido testigos de numerosos avances en el manejo multimodal de esta patología, incluyendo esquemas más seguros y efectivos de quimio/radioterapia, la posibilidad de evitar la radioterapia en lesiones más altas con margen circunferencial no amenazado, así como nuevas técnicas quirúrgicas para obtener un espécimen quirúrgico

de mejor calidad como el TaTME. Entre las ventajas de la técnica se encuentran una estadía hospitalaria más corta, menor morbilidad postoperatoria, menor fuga de anastomosis, menor readmisión y márgenes de resección óptimos (3,4). Entre las desventajas debemos mencionar que el abordaje transanal implica una alta demanda técnica al cirujano especialista, con la necesidad de una importante curva de aprendizaje (5). La implementación de la técnica no está exenta de complicaciones, algunas potencialmente muy graves. Los resultados del registro internacional de TaTME muestran tasas de morbilidad global del 30%, de las cuales la mitad se deben a la etapa transanal (3).

Una lesión característica es la lesión de la uretra debida a un error en el plano de disección. Su incidencia en el registro es del 0,8%, pero una encuesta anónima informó un 20% de lesiones uretrales durante la fase de implementación de TaTME. En cuanto a la fuga anastomótica, su porcentaje es similar a los de otros abordajes, y es multifactorial (6,7).

Según el registro internacional, sobre un total de 1594 pacientes, solamente 58 (3,6%) presentaron estenosis como complicación alejada, y casi la mitad de estos debieron ser reoperados. La estenosis cicatricial de una anastomosis colorrectal (CRA) ocurre aproximadamente en el 20% de los pacientes, la mayoría son asintomáticos, y menos del 5% requiere algún procedimiento de corrección (8).

El sexo masculino, el tabaquismo, los tumores mayores de 2,5 cm, la diabetes, las anastomosis manuales, el sangrado intraoperatorio mayor de 50 ml y un tiempo perineal superior a 1,5 h se asociaron en forma independiente a complicaciones de la anastomosis (7). La mayoría de los pacientes con estenosis son sometidos a un tratamiento endoscópico (70%); el más frecuente es la dilatación con balón. Se informa una alta tasa de seguridad y éxito: el 85% de los pacientes puede lograr



Figura 2-A. Videocolonoscopia. Se observa estenosis rectal con una luz <5 mm. **B y C.** Resultado de la luz rectal luego del tratamiento endoscópico de dilatación y liberación.

una restitución del tránsito intestinal (9). El presente caso resalta la necesidad de un abordaje interdisciplinario integrado para la toma de decisiones, la cirugía per se, el soporte clínico sobre el que se apoya y el manejo de las complicaciones para ofrecer un tratamiento que permita disminuir la mortalidad y ofrecer la mejor calidad de vida. Por último, destacamos la importancia de desarrollar equipos en centros de referencia que permitan una rápi-

da curva de aprendizaje y mantenimiento de la destreza, así como la adecuada accesibilidad, gestión clínica, oncológica y nutricional del paciente, y la capacidad para la resolución de complicaciones (7).

Declaramos no poseer conflictos de intereses en relación con la presente publicación. Se obtuvo consentimiento informado para el uso de las imágenes y el caso anonimizado. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. Siegel RL, Wagle NS, Cercek A, et al. Colorectal cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin* 2023;73:233-54
2. Sylla P, Rattner DW, Delgado S, et al. NOTES transanal rectal cancer resection using transanal endoscopic microsurgery and laparoscopic assistance. *Surg Endosc* 2010;24:1205-10
3. Liz A, Viola M. First case of transanal total mesorectal excision (TaTME) for middle rectal cancer in a teaching tertiary center: technical aspects. *Anfamed* 2023;10 [publicación electrónica: 1 de junio de 2023]
4. Lo Bianco S, Lanzafame K, Piazza CD, et al. Total mesorectal excision laparoscopic versus transanal approach for rectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)* [publicación electrónica: 24 de enero de 2022];74:103260. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103260. PMID: 35145658; PMCID: PMC8802044
5. Mattacheo A, Tognell J, Lococo J. TaTME, tips para iniciar la curva de aprendizaje, opinión de expertos. *Rev Argent Coloproct* 2021;32:57-8 doi: 10.46768/sacp.v0i0.129
6. Motson RW, Whiteford MH, Hompes R, et al. Current status of transanal total mesorectal excision (TaTME) following the Second International Consensus Conference. Expert Group. *Colorectal Dis* 2016;18:13-8. doi: 10.1111/codi.13131. PMID: 26400670
7. Rossi G. Resecciones transanales, pasado presente, y futuro. Capítulo 5. Complicaciones de la resección local transanal. Relato Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología. 2019. Hospital Italiano de Buenos Aires
8. Penna M, Hompes R, Arnold S, et al. Transanal total mesorectal excision: International Registry Results of the First 720 Cases. *Ann Surg* 2017;266:111-7. doi:10.1097/SLA.0000000000001948
9. Savary-Gilliard BC, Barrientos C, Barrera CE, et. al. Dilatación de la estenosis benigna de la anastomosis colorrectal mediante bujías. *Rev Chil Cir* 58:371-6