

## Valoración de las alteraciones de la función anorrectal en el postoperatorio inmediato y tardío tras la microcirugía transanal endoscópica

Laura Mora López<sup>a</sup>, Javier Serra Aracil<sup>a</sup>, Pere Rebas Cladera<sup>a</sup>, Valentí Puig Divi<sup>b</sup>, Judith Hermoso Bosch<sup>a</sup>, Jordi Bombardo Junca<sup>a</sup>, Manuel Alcántara Moral<sup>a</sup>, Rubén Hernando Tavira<sup>a</sup>, Isidro Ayguavives Garnica<sup>a</sup> y Salvador Navarro Soto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

### Resumen

**Introducción y objetivo.** La microcirugía transanal endoscópica (TEM) es una técnica innovadora que permite la escisión local de lesiones rectales, benignas y malignas en fase inicial con mayores ventajas técnicas y menor morbimortalidad que mediante las técnicas habituales. Precisa de un utillaje específico; destaca un rectoscopio de 4 cm de diámetro que provoca una dilatación anal mantenida. El objetivo de nuestro estudio es comprobar los efectos de la TEM en la funcionalidad anorrectal.

**Material y métodos.** Se incluyó a todos los pacientes intervenidos por vía TEM a los que se les realizó una manometría y un cuestionario de continencia anal preoperatoria y a las 3 semanas y 4 meses postoperatorios. Se valoraron las variaciones en la presión basal (PB) y en la presión de contracción voluntaria (PCV); también las variaciones en el cuestionario de continencia anal.

**Resultados.** Se intervino a 68 pacientes entre junio de 2004 y agosto de 2006. Al analizar la PB y la PCV preoperatorias (38,89; 126,28) se observó una disminución estadísticamente significativa de ambas presiones a las 3 semanas (26,61; 104,75) que retorna a valores basales a los 4 meses (33,81; 118,9). No hubo variaciones en la prueba de continencia anal ni relación entre la variación de las presiones y el tiempo quirúrgico.

**Conclusión.** La TEM produce una alteración manométrica estadísticamente significativa que se normaliza a los 4 meses y que no se traduce en ninguna alteración clínica en el postoperatorio inmediato ni en el tardío y, por tanto, es una técnica segura que no produce alteraciones en la funcionalidad anorrectal.

**Palabras clave:** Microcirugía transanal endoscópica. Funcionalidad anorrectal. Manometría. Continencia.

### ANORECTAL DISORDERS IN THE IMMEDIATE AND LATE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY

**Introduction and objective.** Transanal endoscopic microsurgery (TEM) is a new technique for local excision of benign and incipient malignant rectal lesions. This technique offers technological advantages over other procedures and is associated with lower morbidity and mortality. TEM involves prolonged dilatation of the anal sphincter with a large-diameter (4 cm) operating rectoscope. The aim of the present study was to assess the effects of TEM on anorectal function.

**Material and methods.** All patients undergoing TEM were included. Continence was scored by a numeric scale and anorectal manometry before surgery and 3 weeks and 4 months after surgery. Variations in anal resting pressure, maximal anal resting pressure and the anal continence questionnaire were evaluated.

**Results.** Sixty-eight patients underwent TEM between June 2004 and August 2006. Mean anal resting pressure (ARP) and maximal anal resting pressure (MARP) were significantly reduced at 3 weeks after surgery (ARP/MARP before surgery: 38.89/126.28; 3 weeks after surgery: 26.61/104.75). No significant

Correspondencia: Dra. L. Mora López.  
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona. España.  
Correo electrónico: Lmora@cspt.es

Manuscrito recibido el 11-4-2006 y aceptado el 25-6-2007.

change was found in the mean continence score. No association was found between variation in pressures and operating time.

**Conclusion.** TEM produced statistically significant alterations in anorectal physiology studies which returned to normal at 4 months. The technique did not affect continence scores in the immediate or late postoperative period and consequently can be considered a safe procedure that does not produce significant alterations in anorectal function.

**Key words:** *Transanal endoscopic microsurgery. Anorectal function. Manometry. Continence.*

## Introducción

La escisión local transanal desempeña un papel importante en el tratamiento de las lesiones rectales benignas y determinadas lesiones malignas<sup>1</sup>. Para acceder a estas lesiones se han descrito gran variedad de técnicas: transanales estándar, que utilizan retractores anales, como las descritas por Manson o Parks<sup>1,2</sup>, la escisión transcóxigea (Kraske) o la transesfinteriana (York-Mason)<sup>1</sup>. Las técnicas transanales estándar presentan aplicaciones limitadas: la pobre exposición de las lesiones dificulta el control visual de los límites de la disección y la hemostasia<sup>3</sup>. Permiten la escisión de lesiones a una corta distancia del margen anal. Además, pueden estar asociadas a una posible alteración esfinteriana<sup>1,2</sup>. Las técnicas de Kraske o York-Mason están actualmente abandonadas debido a la elevada morbimortalidad reportada<sup>1</sup>.

La microcirugía transanal endoscópica (TEM) es una técnica de implantación reciente que permite la escisión local de lesiones rectales localizadas hasta unos 15-20 cm proximales al margen anal<sup>4,5</sup>. Fue descrita por Buess en Alemania en 1983 y en la actualidad se encuentra ampliamente difundida en diferentes centros del mundo<sup>4,5</sup>. La TEM tiene la ventaja de facilitar una perfecta visión durante la resección que permite la exéresis de lesiones de forma no fragmentada y con márgenes claros<sup>6</sup>, debido a que facilita las maniobras de disección, corte, coagulación y sutura<sup>3</sup>. Está asociada con una baja morbimortalidad cuando se compara con resecciones transabdominales y además puede evitar la necesidad de colostomía permanente<sup>1</sup>. Esta técnica precisa de un utillaje específico, entre el que se cuenta un rectoscopio de 4 cm de diámetro que permite acomodar la óptica, así como los puertos, para introducir los instrumentos de disección<sup>5</sup>. La utilización del rectoscopio requiere de un período prolongado de dilatación anal<sup>6</sup>, lo cual nos podrá llevar a pensar que la función esfinteriana podría estar comprometida tras la realización de esta técnica<sup>5</sup>.

A pesar de los claros beneficios técnicos, los efectos de la TEM en la función anorrectal, tanto en el postoperatorio inmediato como en el tardío, no se han analizado con suficiente detalle<sup>5</sup>.

El objetivo de este estudio es comprobar si la TEM produce efectos iniciales o permanentes sobre la función anorrectal.

## Material y métodos

Se incluyó, de forma consecutiva, a todos los pacientes sometidos a TEM en nuestro centro desde junio de 2004 a agosto de 2006, tanto con afección benigna como maligna.

También se recogieron las variables edad, sexo, tamaño de la lesión, distancia de la lesión al margen anal, tipo de lesión, tiempo de cirugía, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria y mortalidad.

A todos se les realizó el estudio preoperatorio que corresponde a toda lesión rectal: ecografía endorrectal, resonancia magnética pélvica, fibrocolonoscopia completa con biopsia, analítica de sangre, radiografía de tórax, electrocardiograma y valoración anestésica preoperatoria, que fueron discutidos en el comité de oncología. Además a estos enfermos se les realizó una encuesta de funcionalidad anorrectal (se utilizó la escala de Wexner<sup>7</sup>) y una manometría preoperatoria que se repitió a las 3 semanas y al cuarto mes poscirugía.

La manometría se realizó mediante un manómetro Mul Pump System, calibrado por personal entrenado. El manómetro se conectó a un amplificador Polygraf ID (Medtronic; Minnesota). Se utilizó un catéter de 8 canales para la manometría y un catéter con balón para el estudio de sensibilidad rectal, reflejos anales y distensibilidad.

Todos los cálculos se realizaron automáticamente mediante el *software* provisto por Medtronic (Polygram Net).

La manometría fue realizada por 2 exploradores mediante el mismo protocolo. Se valoraron los parámetros de presión basal (PB), que corresponde a la presión del esfínter anal interno, y presión de contracción voluntaria (PCV), que equivale a la presión del esfínter anal externo, tomando como válidos el valor máximo de las medias registradas.

La encuesta de funcionalidad anorrectal se llevó a cabo previamente a la realización de la manometría por los mismos exploradores. Todo los datos se recogieron en el mismo informe.

Todos los datos manométricos se expresaron mediante media e intervalo de confianza (IC) del 95%. Las comparaciones entre los datos se efectuaron mediante la prueba de la t de Student para datos apareados y la prueba de Wilcoxon. Para calcular la posible relación de las variaciones de la presiones en relación con el tiempo quirúrgico se realizó un análisis de regresión. Los cálculos se apoyaron en el paquete SPSS. Se asumió un error alfa del 5%.

## Resultados

Se realizaron 75 procedimientos, de los que 7 se excluyeron del análisis (2 por ser resección de doble lesión en un mismo paciente, 1 paciente se trataba de una reintervención por recidiva y 4 se perdieron por no realizarse las exploraciones). Fueron en total 68 pacientes: 40 varones y 28 mujeres, con una edad media de 68,84 años (44-87 años), con lesión rectal a 9,42 cm del margen anal (1-18 cm) y con un tamaño medio de 45 mm (20-70 mm). La biopsia postoperatoria de los pacientes fue de 34 adenomas, 31 carcinomas y en 3 pacientes no se halló afección a pesar de que habían presentado polipeptomías patológicas con tallo afectado.

El tiempo quirúrgico utilizado en su exéresis fue de 94,68 min (50-240 min) (tabla 1).

La morbilidad general postoperatoria fue muy baja: no hubo ninguna complicación mayor, se contabilizaron un 8,82% de complicaciones menores y la mortalidad fue

TABLA 1. Características de los pacientes estudiados

Sexo	28 M: 40 V
Edad (años)	68,84 (44-87)
Tamaño de la lesión (mm)	45 (20-70)
Distancia margen (cm)	8,66 (1-18)
Tiempo quirúrgico (min)	106,53 (45-240)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253741>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253741>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)