

# Utilidad de la endoscopia intraoperatoria en la resección de recto laparoscópica



<https://youtu.be/oePFUUOjorM>

Javier Chinelli<sup>1</sup>, Martin Oricchio<sup>2</sup>, Rodrigo Hernández<sup>1</sup>, Valentina Ximenez<sup>1</sup>, Emilia Altamirano<sup>1</sup>, Virginia Ramírez<sup>1</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Clínica Quirúrgica 2 y <sup>2</sup>Servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

**Palabras clave:** endoscopia intraoperatoria, cáncer de recto, laparoscopia

**Keywords:** intraoperative endoscopy, rectal cancer, laparoscopy

## INTRODUCCIÓN

El uso de la endoscopia intraoperatoria en cirugía laparoscópica colorrectal suele estar limitado por la necesidad de preparación mecánica intestinal así como la insuflación que produce. Por otra parte, la mayoría de las lesiones pueden localizarse por su tamaño o bien por el tatuaje pre-operatorio.

## DESCRIPCIÓN

Se presentan 3 casos de resecciones laparoscópicas del recto, en los que, por distintos motivos, se recurrió al uso de la endoscopia intraoperatoria.

### CASO 1

Paciente de sexo masculino de 66 años, portador de un adenocarcinoma invasor del recto alto (intraoperatoria) a 10 cm del margen anal y un pólipo sésil distal al mismo (a 7 cm), cuya biopsia informó adenoma vellosa con displasia de alto grado, no pasible de resección endoscópica por su gran ta-

maño. Se discuten las alternativas terapéuticas de resección local del pólipo versus resección convencional de ambas lesiones en 1 tiempo, optando por la última mediante una resección anterior baja. La pieza resecada contiene ambas lesiones, con 1 cm de margen distal macroscópicamente sano, tratándose de un adenocarcinoma del recto alto (pT4N2) y de un carcinoma intramucoso (pTis) del recto medio, con 25 ganglios resecados en total. La utilidad de la endoscopia intraoperatoria, en este caso, fue asegurar el margen de resección distal incluyendo la lesión vellosa.

### CASO 2

Paciente de sexo masculino, 75 años, portador de un tumor vellosa que ocupa  $\frac{3}{4}$  de la circunferencia a 10 cm del margen anal. La biopsia informa un adenoma vellosa con displasia de bajo grado. La estadificación clínica y por resonancia de recto preoperatoria fue T2N0M0. Sin criterio de neoadyuvancia, se realiza la resección anterior baja, no siendo posible palpar la lesión por lo que se localiza su límite distal mediante endoscopia intraoperatoria. El estudio anatomopatológico concluyó que se trataba de un pT1N0 (12 ganglios resecados).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Dr. Javier Chinelli. [jchinelli01@gmail.com](mailto:jchinelli01@gmail.com)

Recibido: 21/9/2023. Aceptado: 24/6/2024.

Javier Chinelli: <https://orcid.org/0000-0002-3387-7365>, Martin Oricchio: <https://orcid.org/0000-0003-2474-3637>, Rodrigo Hernández: <https://orcid.org/0000-0003-0736-5072>,

Valentina Ximénez: <https://orcid.org/0000-00002-4949-7172>, Emilia Altamirano: <https://orcid.org/0000-0002-0765-6585>, Virginia Ramírez: <https://orcid.org/0000-0003-2300-7718>,

Gustavo Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0003-3465-8364>

### CASO 3

Paciente de sexo femenino, 75 años, con diagnóstico de adenocarcinoma ulcerado de  $\frac{1}{4}$  de la circunferencia, localizado a 15 cm del margen anal, no identificable en la tomografía preoperatoria, por lo que se tatuó con tinta china, programándose una resección anterior rectosigmoidea laparoscópica. Al acceder a la cavidad peritoneal se constató una extensa difusión de la tinta china en toda la cavidad abdomino-pélvica que dificultaba la identificación tumoral mediante laparoscopia. Se localizó el tumor a nivel de la unión rectosigmoidea mediante endoscopia intraoperatoria. La pieza resecada confirmó la presencia de la lesión, con márgenes ampliamente suficientes, correspondiendo a un tumor pT4N2 (21 ganglios resecados, 12 metastásicos).

### CONCLUSIONES

La endoscopia intraoperatoria durante la resección laparoscópica del recto puede ser especialmente útil en casos particulares: lesiones muy pequeñas o blandas de difícil identificación por palpación, extensa difusión de tinta china o pólipos subperitoneales que no pueden ser resecados por endoscopia o cirugía mini-invasiva transanal (TAMIS), en los que la sospecha de transformación maligna justifica extender distalmente la resección rectal.