

CARTAS AL EDITOR

Comentario sobre: “Utilidad de la endoscopia intraoperatoria en la resección rectal laparoscópica” de Chinelli et al. Rev Argent Coloproct 2024.

Sr. Editor:

Coincidimos con los autores del video sobre la utilidad de la endoscopia intraoperatoria en la resección rectal laparoscópica y deseamos realizar algunos comentarios. La identificación del margen distal de las lesiones neoplásicas del recto cuando se realizan resecciones laparoscópicas puede hacerse con el tatuaje previo con tinta china o mediante una rectoscopia, rígida o flexible, intraoperatoria. La insuflación requerida para las lesiones rectales es menor y no suele dificultar el desarrollo posterior de la cirugía, por lo que la endoscopia resulta el método ideal de localización de los adenomas rectales difíciles de palpar por su consistencia blanda o los carcinomas pequeños que no tienen compromiso de la serosa. El tatuaje también es un método útil y para disminuir el riesgo de diseminación intestinal y/o peritoneal de la tinta china ha sido descrita a principios de los 2000 la técnica en dos pasos, en la cual primero se inyecta solución salina para elevar la submucosa y luego el colorante.^{1,2}

Los autores utilizaron la endoscopia en 3 pacientes con neoplasias rectales.

En el Caso 1, había 2 neoplasias sincrónicas, un adenocarcinoma invasor a 10 cm del margen anal y un pólipo séstil más distal, a 7 cm (adenoma vellosos con displasia de alto grado por biopsia, no pasible de resección endoscópica). Optaron por una resección anterior baja, que incluyó ambas lesiones, con 1 cm de margen distal. La anatomía patológica definitiva informó un adenocarcinoma de recto alto pT4 N2 y un adenoma vellosos con displasia de alto grado (pTis). En este caso, donde se descartó la resección quirúrgica previa de la lesión más distal para realizar el estudio histopatológico de la pieza completa, hubiera sido útil una ecografía endorrectal para conocer en el preoperatorio si se trataba de un adenoma o un carcinoma T1 o mayor, en cuyo caso el margen distal debería haber sido de 5 cm con resección del mesorrecto correspondiente (resección parcial del mesorrecto) y no de solo 1 cm guiándose por el resultado de la biopsia preoperatoria que

suele ser inexacta, independientemente de que la histopatología definitiva informó una lesión benigna. Por otra parte, ya el carcinoma invasor T4N2 requería un margen de 5 cm, que en este caso pareciera haber sido menor.

El Caso 2 se trata de un adenoma vellosos con displasia de bajo grado que ocupa $\frac{3}{4}$ de la circunferencia a 10 cm del margen anal. Aquí se realizó la estadificación preoperatoria: T2N0M0. La lesión no era palpable por lo que se localizó su límite distal mediante endoscopia intraoperatoria. La estadificación final (pT1N0) explica que la lesión no fuera palpable, como podría haber sido de tratarse de un tumor con invasión de la muscular propia del recto.

Con respecto al Caso 3, la marcación previa con tinta china no fue útil porque estaba ampliamente difundida. No obstante, es previsible que la lesión fuera fácilmente identificable ya que correspondía a un tumor pT4, lo que implica compromiso de la serosa del rectosigma, con lo que podría haberse resecado con margen distal suficiente sin que fuera imprescindible la endoscopia intraoperatoria, que de cualquier manera siempre es conveniente realizar, incluso luego de la resección para el control de la anastomosis.

Finalmente, se considera de buena práctica que el cirujano realice personalmente en el preoperatorio una endoscopia preferentemente rígida para conocer más precisamente la localización del margen distal de antemano.

Rita L.O. Pastore

Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina
<https://orcid.org/0000-0001-5240-9068>
rpastore@intramed.net

REFERENCIAS

1. Fu KI, Fujii T, Kato Y, et al. A new endoscopic tattooing technique for identifying the location of colonic lesions during laparoscopic surgery: a comparison with the conventional technique. *Endoscopy*. 2001; 33:687-91.
2. Sakawi A, Nakamura T, Suzuki T, et al. A two-step method for marking polypectomy sites in the colon and rectum. *Gastrointest Endosc*. 2003; 57: 735-37.