

Resección endoscópica transanal mediante Plataforma TEO®



<https://youtu.be/kVI2OzCKpl0>

Luis R. Pérez Fuentes¹, Antonio M. Maya², Gabriel Suárez³, Nicole Feldman³

Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari-UBA, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

¹ Cursista de la Carrera de Especialista Universitario en Coloproctología, Facultad de Medicina UBA

² Director de la Carrera Especialista Universitario en Coloproctología, Facultad de Medicina UBA

³ Médico Residente de Cirugía General

Para citar:

Pérez Fuentes LR, Maya AM, Suárez G, et al. Resección endoscópica transanal mediante Plataforma TEO®. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1)

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista.

Recibido: 01-10-2025

Aceptado: 07-01-2026

Palabras clave: resección transanal endoscópica, adenocarcinoma de recto, cirugía mínimamente invasiva, TEO

Keywords: Transanal endoscopic resection, Rectal adenocarcinoma, Minimally invasive surgery, TEO

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento del adenocarcinoma (ADC) de recto, la resección total del mesorrecto continúa siendo el tratamiento quirúrgico de elección. Las técnicas transanales mínimamente invasivas como TEM® (Transanal Endoscopic Microsurgery), TEO® (Transanal Endoscopic Operation) y TAMIS® (Transanal Minimally Invasive Surgery) han demostrado ser alternativas para carcinomas en estadios tempranos de bajo riesgo, ofreciendo resecciones locales completas con buenos márgenes, menor recurrencia y mejor preservación funcional.¹⁻³ Estudios recientes confirman que en pacientes seleccionados estas técnicas logran resultados oncológicos comparables a la cirugía radical, con menor impacto en la calidad de vida.^{1,4,5}

localizada en la cara posterior del recto a 10 cm del margen anal, con *lifting sign* negativo (Fig. 1).

La anatomía patológica (AP) inicial informó un carcinoma intramucoso de recto. En el examen proctológico, el tacto rectal no evidenció particularidades. La resonancia magnética mostró el recto sin signos de enfermedad residual ni adenopatías regionales (Fig. 2). La tomografía computada estadificada no reveló metástasis a distancia de la lesión rectal, pero sí lesiones blásticas en T7 y formaciones nodulares en ambas glándulas suprarrenales (Fig. 3). Por tal motivo, se realizó un PET, que mostró captación del radiotrazador en la glándula tiroides y en la suprarrenal izquierda. Los marcadores tumorales fueron normales. No se efectuó ecografía anorrectal 360° por falta de disponibilidad.

El caso fue discutido en comité oncológico interdisciplinario, decidiéndose realizar una escisión local transanal mediante la plataforma TEO® y seguimiento para las lesiones óseas y suprarrenales.

Bajo anestesia general y en posición de litotomía, se efectuó antisepsia y colocación de campos estériles. Tras el tacto rectal y dilatación digital, se introdujo un rectoscopio tipo TEO® hasta los 10 cm del margen anal, fijándolo a la camilla. Se estableció

DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 71 años con antecedente de resección de un tumor de partes blandas y múltiples resecciones endoscópicas de adenomas colorrectales con displasia de bajo grado. En una videocolonoscopia de seguimiento se identificó una lesión de 1 cm de diámetro,



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.

Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Antonio Maya

antoniomaya@live.com.ar



Figura 1. Videocolonoscopia que evidencia a 10 cm del margen anal una lesión elevada sésil de 10 mm de diámetro con erosiones en superficie. Se realiza inyección submucosa con índigo carmín /adrenalina /solución salina sin lograr elevación de la lesión (Lifting sign negativo). Se realiza biopsia de la lesión.

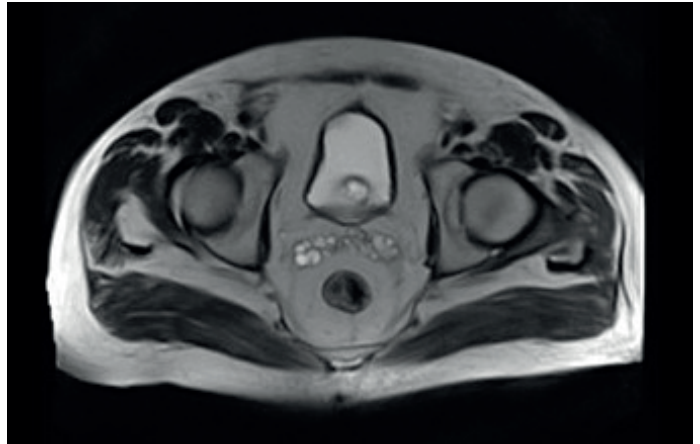


Figura 2. Resonancia nuclear magnética de pelvis. Recto sin evidencia de enfermedad y ausencia de adenopatías regionales.

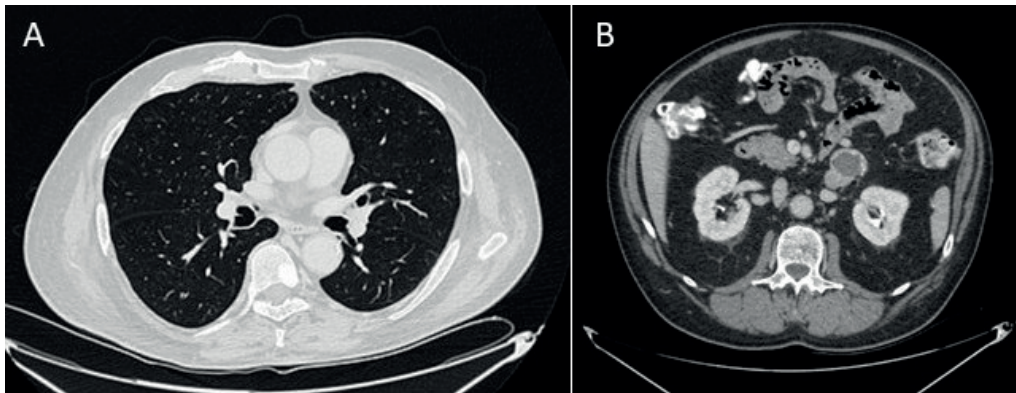


Figura 3. Tomografía computada de tórax y abdomen. **A.** Imagen focal densa de aspecto blástico en el cuerpo vertebral de T7. **B.** Lesión en glándula adrenal izquierda heterogénea con calcificaciones periféricas, realce periférico con contraste y centro hipodenso.

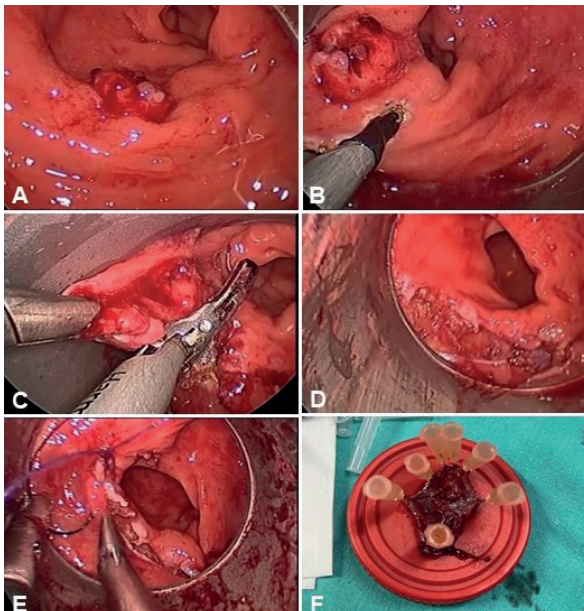


Figura 4. Resección transanal endoscópica -TEO. **A.** Lesión elevada sésil, sangrante, de 1cm de diámetro, en cara posterolateral derecha. **B.** Marcación de la mucosa sana marginal a la lesión con hook. **C.** Resección transmuscular del tumor con Harmonic Ace®. **D.** Control de hemostasia del lecho quirúrgico. **E.** Cierre del defecto de la pared rectal con surget de polydioxanona 2-0. **F.** Pieza quirúrgica de 2 x 2,5 cm estaqueada.

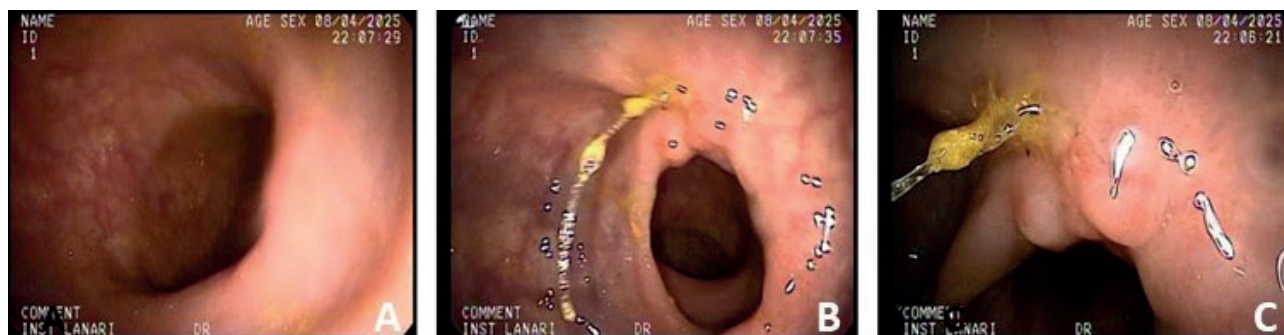


Figura 5. Rectosigmoideoscopia flexible hasta los 30 cm del margen anal. **A.** Recto de calibre conservado, sin estenosis. **B.** A 7 cm del margen anal se evidencia hilo de sutura y mucosa granular. **C.** Biopsia de la mucosa granular.

un neumorrecto con CO₂ a 12 mmHg de presión. Mediante óptica de 30°, se observó una lesión en la cara posterolateral derecha de 1 cm de diámetro (Fig. 4A). Se realizó una marcación circular de la mucosa sana adyacente con bisturí tipo *hook* (Fig. 4B), seguida de incisión y resección transmuscular del tumor con *Harmonic Ace*® (Fig. 4C). La pieza se extrajo a través del dispositivo, verificándose hemostasia y recuento de material satisfactorio (Fig. 4D). El defecto de la pared rectal se cerró con sutura continua de polidioxanona 2-0 (Fig. 4E). La pieza se envió a AP, correctamente estaqueada (Fig. 4F). El paciente toleró adecuadamente el procedimiento. El informe histopatológico definitivo reveló un adenocarcinoma moderadamente diferenciado originado en un adenoma túbulo-veloso con displasia de alto grado, infiltrante hasta la submucosa (1 mm), con infiltración perineural y márgenes libres. Dista a 0,4 cm del margen lateral más cercano y a 0,3 cm del margen de profundidad.

El paciente fue dado de alta a las 24 horas del postoperatorio. En el control a los 45 días, la rectosigmoideoscopia flexible mostró a 7 cm del margen anal una zona de mucosa granular (Fig. 5), cuya AP informó tejido fibroso sin evidencia de recidiva. Se decidió continuar con seguimiento oncológico.

CONCLUSIONES

La plataforma TEO® es una alternativa eficaz y mínimamente invasiva frente a la cirugía radical en lesiones rectales tempranas seleccionadas, ya que combina seguridad oncológica con

mejor preservación funcional. En este caso permitió evitar la morbilidad de una resección radical, destacando la importancia de la correcta selección de pacientes y un seguimiento estricto. La plataforma facilita la obtención de piezas de mayor tamaño, sin fragmentación y mayor distancia del margen.

Contribuciones: LPF: redacción del manuscrito, edición de material audiovisual, cirujano. NF y GS: redacción del manuscrito y edición de material audiovisual. AMM: cirujano y revisión crítica del artículo.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Maya AM: <https://orcid.org/0000-0003-2264-4213>

Pérez Fuentes LR: <https://orcid.org/0009-0008-3367-7153>

Suárez G: <https://orcid.org/0009-0007-5819-6893>

Feldman N: <https://orcid.org/0009-0007-1687-3753>

REFERENCIAS

1. Calvo CG, Palazuelos JCM, Alonso Martín J, Castillo Diego J, Martín Parra I, Gómez Ruiz M, et al. Cirugía endoscópica transanal en tumores rectales. *Cir Esp.* 2014;92(1):38-43.
2. Minetti ÁM, Pitaco I, Santilli JP, Ramallo I, Carrasco F. Controversias en la resección local del cáncer de recto estadio I. *Rev Argent Coloproct.* 2021;32(2):60-8.
3. Rossi G. Relato oficial. Resecciones transanales: pasado, presente y futuro. *Rev Argent Coloproct.* 2019;30:1-77.
4. Mun JY, Sung GG, Yoo N, Kim HJ, Cho HM, Kye BH. Minimally invasive transanal excision for rectal tumors: technical feasibility compared to conventional approach. *Ann Coloproctol.* 2025;41(2):162-168.
5. Mohammed H, Mohamed H, Mohamed N, Sharma R, Sagar J. Early Rectal Cancer: Advances in Diagnosis and Management Strategies. *Cancers.* 2025;17(4):588.