

Técnica de Turnbull-Cutait en cáncer de recto

García-Monroy Daniela, Garrido-Cepeda Miosoty Estherly Josefina, Vera-Pérez Ilse Irais, Carrillo-Valdés Said y González-Duarte José Alberto.

Autor para correspondencia

García Monroy Daniela. Servicio de Coloproctología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Domicilio: Hospital 278. Col. El Retiro, C.P. 44280, Guadalajara, Jalisco, México.
Correo electrónico: daniela.garcia.monroy88@gmail.com

Palabras clave: Adenocarcinoma, anastomosis colo-anal, cáncer recto, escisión mesorrectal total, Turnbull-Cutait
Keywords: Adenocarcinoma, colo-anal anastomosis, rectum cancer, total mesorectal excision, Turnbull-Cutait

REVISTA MÉDICA MD, Año 10, número 4, mayo - julio 2019, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2013-091114361800-203. ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número: Comité Editorial de la Revista Médica MD, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. Fecha de última modificación 31 de julio de 2019.





Técnica de Turnbull-Cutait en cáncer de recto

García-Monroy D, Garrido-Cepeda MEJ, Vera-Pérez II, Carrillo-Valdés S, González-Duarte JA

Resumen

La resección anterior ultrabaja interesfintérica con anastomosis colo-anal en un segundo tiempo también llamada técnica de Turnbull-Cutait, es una opción de tratamiento para el cáncer de recto inferior. Con esta intervención, se puede evitar la realización de una ileostomía de protección. Se presenta el caso de un masculino de 57 años de edad con historial de rectorrágia en quien se diagnosticó un adenocarcinoma de recto bien diferenciado invasor ulcerado de recto inferior. En este artículo se describe la técnica quirúrgica empleada, la evolución postoperatoria del paciente y se realiza una breve revisión bibliográfica.

Palabras clave: *Adenocarcinoma, anastomosis colo-anal, cáncer recto, escisión mesorrectal total, Turnbull-Cutait.*

Turnbull-Cutait technique in rectal cancer

Abstract

Ultra-low intersphincteric anterior resection with colo-anal anastomosis in a second time also called Turnbull-Cutait technique, is a treatment option for lower rectal cancer. With this intervention, the performance of a protective ileostomy can be avoided. We present the case of a 57-year-old male with a history of rectorrhagia in whom a well-differentiated invasive adenocarcinoma of the rectum ulcerated from the lower rectum was diagnosed. This article describes the surgical technique used, the postoperative evolution of the patient and a brief literature review.

Key words: *Adenocarcinoma, colo-anal anastomosis, rectum cancer, total mesorectal excision, Turnbull-Cutait*

Servicio de Coloproctología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Autor para correspondencia

García Monroy Daniela. Servicio de Coloproctología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Domicilio: Hospital 278. Col. El Retiro, C.P. 44280, Guadalajara, Jalisco, México. Correo electrónico: daniela.garcia.monroy88@gmail.com

Introducción

En la actualidad el tratamiento de elección para el cáncer de recto inferior es la resección anterior ultrabaja (RAUB) con escisión mesorrectal total (EMT). En los casos en los que es posible preservar los esfínteres se realiza una colo-ano anastomosis de forma manual o mecánica. Sin embargo, este procedimiento se asocia a una elevada morbilidad secundaria principalmente a la fuga de la anastomosis colo-anal, cuya incidencia se reporta en la literatura mundial entre el 1 y 19%.^{1,2}

Se han implementado distintas estrategias para disminuir esta complicación. La creación de una ileostomía de protección es una técnica comúnmente empleada para disminuir la sintomatología asociada a la fuga anastomótica y la necesidad de reintervención.³ Así mismo la anastomosis coloanal en dos tiempos descrita hace más de 50 años por Turnbull y Cutait es una opción útil para disminuir esta temible complicación.²

Presentación de caso

Se trató de un masculino de 57 años de edad que acudió a consulta de primera vez por rectorragia de 1 año de evolución. Al interrogatorio dirigido negó la presencia de síntomas acompañantes. A la exploración anorrectal se evidenció la presencia de plexos hemorroidales con ingurgitación a la maniobra de Valsalva. Se inició tratamiento para enfermedad hemoroidal y se indicó colonoscopia de tamizaje en la que se evidenció tumoración a 2 cm de margen anal de 3 cm, ulcerada y bilobulada. En el estudio histopatológico se reportó adenocarcinoma de recto bien diferenciado invasor ulcerado.

Se realizó rectosigmoidoscopia rígida observando tumor a 6 cm del margen anal, no estenosante en cara anterior de recto. En los estudios de extensión con resonancia de pelvis y tomografía toraco-abdomino-pélvica no se evidenció extensión loco-regional y/o a distancia, por lo que se clasificó como ECI (cT2N0M0). Se decidió programar para una resección anterior baja (RAB) por laparoscopia con EMT.

Técnica quirúrgica

Se movilizó el colon descendente, se ligó la arteria mesentérica inferior a nivel de la raíz aórtica y se realizó EMT por laparoscopia con energía bipolar. Durante la disección a través de control endoscópico se evidenció la ausencia de un

adequado margen distal por lo que se decidió transoperatoriamente realizar una resección interesfintérica, con colo-ano anastomosis en dos tiempos con técnica de Turnbull-Cutait.

Se colocó al paciente en posición de litotomía y se colocó un retractor anal tipo Lone Star® (Lone Star Medical Products Inc., Houston, Texas, EEUU). Se realizó una incisión circunferencial de la mucosa y del esfínter anal interno a nivel de la línea anodentada con electrocateterio. Una vez alcanzado el espacio interesfintérico se disecó proximalmente hasta llegar al plano realizado vía abdominal. Se exteriorizó el espécimen por vía transanal y se seccionó con márgenes oncológicos. Se fijó el muñón colónico restante con dos puntos cardinales al conducto anal (Figura 1A).

Posteriormente se completó el tiempo abdominal verificando hemostasia dando por terminado el primer tiempo quirúrgico.

El paciente tuvo una evolución posoperatoria adecuada con tolerancia de la vía oral, presentó evacuaciones y canalizó gases. La vascularidad del muñón colónico fue evaluada con diariamente y este fue envuelto en gasas húmedas (Figura 1B).

Una semana después, se realizó la anastomosis colo-anal. Utilizando anestesia regional, en posición de navaja sevillana se colocó separador anal, se resecó el segmento colónico exteriorizado y se realizó la anastomosis con Vicryl 2-0 (Figura 1C y D).

El paciente presentó adecuada evolución postquirúrgica y egresó. En el reporte histopatológico se reportaron márgenes proximal, distal y circunferencial negativos, con invasión hasta la muscular propia y 1/7 ganglios resecados con enfermedad metastásica, clasificándolo como un EC IIIA (pT2N1cM0). El paciente actualmente se encuentra en rehabilitación por incontinencia fecal a líquidos y en espera de valoración por oncología médica para tratamiento adyuvante.

Discusión

En 1961 Turnbull describió su técnica para realizar anastomosis colo-anal en dos tiempos posterior a la rectosigmoidectomía por cáncer de recto medio y enfermedad de Hirschsprung. En el mismo año Cutait, en Brasil, describió de igual manera su técnica en pacientes con megacolon secundario a enfermedad de Chagas y cáncer de recto.^{4,5}

Posterior al desarrollo de engrapadoras para la creación de



Figura 1. A) Exteriorización del colon a través del conducto anal. B) Muñón colónico con adecuada vascularidad. C y D) Paciente en posición de navaja sevillana durante segundo tiempo quirúrgico y anastomosis colo-anal.

anastomosis colo-anales esta técnica permaneció en desuso. Si bien estos avances han permitido mejorar el tratamiento en pacientes con cáncer de recto, la morbilidad asociada a las complicaciones postquirúrgicas (fuga anastomótica, sepsis pélvica, fistula colo-vaginal y colo-anal) continúa siendo un problema. Por lo anterior la técnica de Turnbull-Cutait ha resurgido como opción terapéutica en pacientes con cáncer de recto inferior en quienes es posible la preservación de esfínteres; así como procedimiento de salvamento en pacientes con complicaciones posterior a la resección para evitar colostomías permanentes.^{6,7}

En una publicación realizada por Rullier y colaboradores en el que se incluyeron 404 pacientes se demostró que la estandarización de la cirugía, con el uso de la clasificación propuesta por ese mismo grupo en pacientes con cáncer de recto inferior permitió la preservación de esfínteres sin comprometer el resultado oncológico. Así mismo no se

observó ninguna diferencia significativa en mortalidad postoperatoria, morbilidad global y quirúrgica grave.⁸

De acuerdo con la literatura mundial la tasa de recurrencia local y la supervivencia global libre de enfermedad a 5 años en pacientes a quienes se les realiza una resección interesfintérica son similares a aquellos en quienes se practica una RAUB estándar, sin importar el tipo de reconstrucción.⁹

Conclusiones

La técnica de Turnbull-Cutait es una alternativa quirúrgica factible de reconstrucción del tránsito posterior a la resección anterior ultrabaja interesfintérica en pacientes con cáncer de recto bajo sin afección esfinteriana, ya que evita la necesidad de una ileostomía de protección, disminuyendo el impacto que esta confiere a la calidad de vida del paciente y otorgando los mismos resultados oncológicos.

Referencias bibliográficas

- Westerduin E, Borstlap WAA, Musters GD, Westerterp M, van Geloven AAW, Tanis PJ, et al. Redo coloanal anastomosis for anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer: an analysis of 59 cases. *Colorectal Dis.* 2018;20(1):35–43.
- de León-Rendón JL, Vallribera-Valls F, Caspari C, Espín-Basany E. Turnbull-Cutait technique in low rectal cancer: Case report. *Cirugía y Cir (English Ed [Internet]).* 2016;84(5):425–8.
- Phan K, Oh L, Ctercete G, Pathma-Nathan N, Khoury T El, Azam H, et al. Does a stoma reduce the risk of anastomotic leak and need for re-operation following low anterior resection for rectal cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gastrointest Oncol.* 2019;10(2):179–87.
- Turnbull RB, Cuthbertson A. Abdominorectal Pull-Through Resection for Cancer and for Hirschsprung's Disease: Delayed Posterior Colorectal Anastomosis. *Cleve Clin J Med.* 1961;28(2):109–15.
- Cutait DE, Figliolini FJ. A new method of colorectal anastomosis in abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum.* 1961;4(5):335–42.
- Boullenois H, Lefevre JH, Creavin B, Calmels M, Voron T, Debove C, et al. What is the functional result of a delayed coloanal anastomosis in redo rectal surgery? *ANZ J Surg.* 2019;89(5):E179–83.
- Hallet J, Bouchard A, Drolet S, Milot H, Desrosiers E, Lebrun A, et al. Anastomotic salvage after rectal cancer resection using the turnbull-cutait delayed anastomosis. *Can J Surg.* 2014;57(6):405–11.
- Rullier E, Denost Q, Vendrel V, Rullier A, Laurent C. Low rectal cancer: Classification and standardization of surgery. *Dis Colon Rectum.* 2013;56(5):560–7.
- Biondo S, Trenti L, Kreisler E. Cáncer de recto del tercio inferior: Resección anterior interesfintérica con anastomosis manual según técnicas de Parks o Turnbull-Cutait. *Cir Esp [Internet].* 2014;92(SUPPL1):13–20.