

CAPÍTULO 6

Resultados Funcionales Luego de una Resección Local Transanal

Definimos como trastornos funcionales posoperatorios aquellas alteraciones en la función evacuatoria que surgen luego de una cirugía transanal. La afectación de la función esfinteriana es plausible desde que se produce la dilatación del conducto anal por instrumentos de hasta 4 cm de diámetro o bien con diámetros y fuerzas no mensuradas, como sucede con el separador de Parks o Prat. Estas fuerzas, sumadas al hecho de que, en algunas circunstancias, pueden actuar por tiempo prolongado, podrían generar lesiones esfinterianas musculares o neurológicas. También pueden producirse modificaciones en la función de almacenamiento o reservorio (disminución de la compliance [distensibilidad]) o contracción del recto luego de la remoción de una parte significativa de su pared, por inflamación aguda en el posoperatorio inmediato o bien por fibrosis secundaria al proceso de cicatrización durante el posoperatorio alejado¹.

Por ello debe evaluarse la continencia antes de indicar la cirugía. Por un lado, se debe interrogar directamente sobre la presencia de incontinencia fecal, dirigiendo las preguntas aun hacia síntomas mínimos, y evaluar antecedentes de riesgo tales como traumatismo obstétrico, cirugías, etc. Finalmente, el examen físico nos completará una idea aproximada del estado anatómico y funcional del paciente. Si no hay signos de incontinencia fecal, no es necesario realizar estudio adicional alguno. Por el contrario, si se detecta o se tiene la sospecha de incontinencia, deberán hacerse los estudios anatómicos (ecografía, resonancia) o funcionales (manometría) correspondientes. En esta última situación se deberá informar al paciente y discutir las alternativas posibles¹.

Es sabido que el separador de Parks utilizado generalmente para las resecciones transanales convencionales (RTC) no controla la fuerza de estiramiento o tracción que realiza sobre los esfínteres, y que cuanto más alta es la lesión para reseccionar, mayor es la apertura que requiere el cirujano. En 1997, Van Test publica los resultados de un ensayo clínico en hemorroidectomías utilizando o no el separador de Parks, habiendo realizado mediciones manométricas antes de la cirugía y luego de 6 y 12 semanas de esta. La presión media del canal anal descendió 23% (p: 0,01) cuando se usaba el retractor de Parks frente al 8% cuando no se lo usaba (p 0,05), por lo cual recomendaba evitar su uso en la medida de lo posible². En otro estudio retrospectivo se estudiaron 58 pacientes para

conocer la escala de incontinencia de Jorge y Wexner y la calidad de vida a través del Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) luego de una RTC. Si bien la escala de incontinencia empeoró en el posoperatorio (3,5 vs. 2,4 p: 0,03), no hubo alteraciones significativas en la calidad de vida³. Vale decir que, si bien la diferencia de 1 punto en la escala es estadísticamente significativa, clínicamente puede ser irrelevante y eso explica los resultados en FIQL.

Kreis y col. estudiaron por primera vez los efectos en la continencia luego de TEM y encontraron alteraciones manométricas y clínicas a los tres meses de la cirugía, que mejoraron en la evaluación a un año del procedimiento⁴. En otro estudio, 39 pacientes operados por TEM fueron evaluados antes y 6 semanas después de la cirugía a través del Fecal Incontinence Severity Index (FISI), el Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL), el número de evacuaciones diarias y la habilidad de diferir las evacuaciones. No realizaron mediciones manométricas o ecografía esfinteriana para evaluar integridad esfinteriana argumentando que estos datos no se correlacionan directamente con las manifestaciones clínicas. No encontraron diferencias en ninguna de las variables medidas y concluyeron que este procedimiento no tiene impacto clínico inmediato en la continencia⁵. Por otro lado, Kennedy y col. encontraron una presión de reposo disminuida en relación directa con la duración de la cirugía (más de dos horas), con contracción voluntaria normal, tiempo de latencia del nervio pudiendo normal y volúmenes rectales no alterados. Igual que en el estudio anterior, los pacientes no presentaron manifestaciones clínicas de incontinencia⁶. Resultados muy parecidos se informan luego de realizar una resección local por TAMIS, donde el impacto clínico de la cirugía en la incontinencia parece ser mínimo⁷. En un ensayo clínico de fase II del Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York se evaluó la función anorrectal en pacientes con cáncer de recto antes y 1 año después de ser tratados con neoadyuvancia y posterior resección local (por TEM o RTC). No encontraron diferencias medidas por el puntaje (score) de FISI y concluyeron que esta modalidad de tratamiento tiene mínimo impacto en la función anorrectal⁸.

Sin embargo, existen comunicaciones donde los trastornos funcionales adquieren mayor relevancia. Restivo y col. estudiaron a 89 pacientes operados por TEM con una media de seguimiento de 40 meses, evaluando incontinencia fecal con la escala del hospital Saint Marks. El 36% de los

pacientes manifestó signos de incontinencia, de los cuales el 7% fueron transitorios y 29% permanentes (aunque en un puntaje relativamente bajo de la escala). Tanto la radioterapia preoperatoria (OR 6,1 IC 95% 1,4-26,2) como las complicaciones posoperatorias inmediatas (OR 3,3 IC 95% 1,1-9,8) estuvieron asociadas independientemente al desarrollo de incontinencia posoperatoria⁹. En el mismo sentido, Allaix col. encuentran un aumento en la escala de Jorge y Wexner a los tres meses, que mejoró antes de los 12 meses y a los 5 años se encontraba igual que en la etapa preoperatoria. También describen que los tumores de más de 4 centímetros de diámetro están asociados a cambios manométricos como el mínimo volumen percibido, la urgencia evacuatoria y el máximo volumen tolerado a los 3 meses posoperatorios. Concluyen que TEM no tiene efecto a largo plazo en la continencia o en la calidad de vida¹⁰.

Una situación particular se presenta cuando la resección local se produce luego de realizar neoadyuvancia en tumores localmente avanzados. Así lo informan Habr-Gama y col., quienes comparan en forma retrospectiva los pacientes con respuesta clínica completa que fueron seguidos mediante un tratamiento no operatorio (watch and wait) y aquellos con respuesta casi completa a quienes se les realizó una resección local de espesor total de la lesión residual mediante cirugía endoscópica transanal. El grupo que fue resecado presentaba peores resultados manométricos en términos de presiones de contracción y volúmenes rectales, así como peores resultados en escala de incontinencia (2,3

vs. 6,5, $p=0,001$) y de calidad de vida¹¹.

Por el contrario, algunos autores muestran mejoría de las escalas de incontinencia. Algunas manifestaciones de incontinencia fecal pueden deberse a tumores de gran volumen que disminuyen la capacidad del recto o son secretores de moco o líquido, que al ser removidos pueden mejorar los puntajes de las escalas utilizadas. Así, Doornebosch estudió a 47 pacientes con diagnóstico preoperatorio de adenomas vellosos de recto, con una media de circunferencia rectal afectada del 40%. A seis meses de posoperatorio, el FISI bajó de un promedio de 10 puntos a 7 puntos ($p = 0,01$). Veinticuatro pacientes mejoraron la continencia, 16 permanecieron igual y 7 la deterioraron; la disminución de puntaje en el FISI fue mayor en los pacientes con tumores a menos de 7 cm de la línea dentada. Los autores justifican estos resultados en que el tumor sería responsable de síntomas como secreción mucosa, sangrado, tenesmo, urgencia evacuatoria o prolapso, que serían resueltos por la resección¹².

Finalmente, no se ha visto alteración de la función anorrectal en relación con el cierre de la brecha al final de la cirugía. Hahnloser y col. no encontraron diferencias significativas en la escala de incontinencia de Vaizey al año de la cirugía entre los pacientes a quienes se les cerró y aquellos a los que no se les cerró la brecha quirúrgica¹³.

En síntesis, la mayoría de las experiencias comunicadas evidencian ausencia de alteraciones funcionales de trascendencia clínica luego de una resección endoscópica transanal.

BIBLIOGRAFÍA

- Herman RM, Richter P, Wałęga P, Popiela T. Anorectal sphincter function and rectal barostat study in patients following transanal endoscopic microsurgery [Internet]. *Int J Colorectal Dis.* 2001; 16: 370-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s003840100325>.
- van Tets WF, Kuijpers JHC, Tran K, Mollen R, van Goor H. Influence of Parks' anal retractor on anal sphincter pressures [Internet]. *Dis Colon Rectum.* 1997; 40: 1042-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02050926>.
- Fenech DS, Takahashi T, Liu M, Spencer L, Swallow CJ, Cohen Z, et al. Function and Quality of Life After Transanal Excision of Rectal Polyps and Cancers [Internet]. *Dis Colon Rectum.* 2007; 50:598-603. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10350-006-0865-y>.
- Kreis ME, Jehle EC, Haug V, Manncke K, Buess GF, Becker HD, et al. Functional results after transanal endoscopic microsurgery [Internet]. *Dis Colon Rectum.* 1996; 39: 1116-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02081411>.
- Cataldo PA, O'Brien S, Osler T. Transanal Endoscopic Microsurgery: A Prospective Evaluation of Functional Results [Internet]. *Dis Colon Rectum.* 2005; 48: 1366-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10350-005-0031-y>.
- Kennedy ML, Lubowski DZ, King DW. Transanal Endoscopic Microsurgery Excision [Internet]. *Dis Colon Rectum.* 2002; 45:601-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10350-004-6252-7>.
- Clermonts SHEMA, van Loon YT, Schiphorst AHW, Wasowicz DK, Zimmerman DDE. Transanal minimally invasive surgery for rectal polyps and selected malignant tumors: caution concerning intermediate-term functional results. *Int J Colorectal Dis.* 2017; 32(12):167785.
- Lynn PB, Renfro LA, Carrero XW, Shi Q, Strombom PL, Chow O, et al. Anorectal Function and Quality of Life in Patients With Early Stage Rectal Cancer Treated with Chemoradiation and Local Excision. *Dis Colon Rectum.* 2017; 60(5):459-68.
- Restivo A, Zorcolo L, D'Alia G, Cocco F, Cossu A, Scintu F, et al. Risk of complications and long-term functional alterations after local excision of rectal tumors with transanal endoscopic microsurgery (TEM) [Internet]. *Int J Colorectal Dis.* 2016; 31:257-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-015-2371-y>.
- Allaix ME, Rebecchi F, Giaccone C, Mistrangelo M, Morino M. Long-term functional results and quality of life after transanal endoscopic microsurgery. *Br J Surg.* 2011; 98(11):1635-43.
- Habr-Gama A, Lynn PB, Jorge JMN, São Julião GP, Proscurschim I, Gama-Rodrigues J, et al. Impact of Organ-Preserving Strategies on Anorectal Function in Patients with Distal Rectal Cancer Following Neoadjuvant Chemoradiation. *Dis Colon Rectum.* 2016; 59(4):264-9.
- Doornebosch PG, Gosselink MP, Neijenhuis PA, Schouten WR, Tollenaar RAEM, de Graaf EJR. Impact of transanal endoscopic microsurgery on functional outcome and quality of life. *Int J Colorectal Dis.* 2008; 23(7):709-13.
- Hahnloser D, Cantero R, Salgado G, Dindo D, Rega D, Delrio P. Transanal minimal invasive surgery for rectal lesions: should the defect be closed? [Internet]. *Colorectal Dis.* 2015; 17: 397-402. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/codi.12866>.