

Cirugía laparoscópica del cáncer de colon

EDUARDO M.^a TARGARONA

Servicio de Cirugía. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

Lacy AM, García Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taurá P, Piqué JM, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet* 2002;359:2224-9.

Resumen

Objetivo: Estudio prospectivo y aleatorizado que compara la colectomía laparoscópica con la cirugía convencional en pacientes con cáncer de colon intervenidos con finalidad radical. Los eventos finales del estudio son la recurrencia tumoral, la supervivencia global y la supervivencia relacionada con el cáncer, con el fin de evaluar la seguridad y el impacto de una técnica conceptualmente menos agresiva sobre la historia natural del cáncer de colon operado.

Justificación: El abordaje laparoscópico de las enfermedades del colon es controvertido; sin embargo, esta técnica efectuada por cirujanos con formación adecuada ofrece a corto plazo todas las ventajas del abordaje mínimamente invasivo. En el contexto del cáncer, el objetivo primordial de cualquier tratamiento es su eficacia en la curación de la enfermedad, únicamente evaluable a largo plazo.

Metodología y resultados: Se distribuyó de forma aleatoria a 219 pacientes (111 en el grupo laparoscópico y 108 en el convencional). La conversión a cirugía abierta fue del 11%. Se observó una reducción de la pérdida sanguínea intraoperatoria (105 frente a 193 ml; $p < 0,001$), estancia hospitalaria (5,2 frente a 7,9 días; $p < 0,005$) y morbilidad (12 frente a 31%; $p < 0,001$) en el grupo laparoscópico, a pesar de que la duración de la intervención fue superior (142 frente a 118 min; $p < 0,001$). El seguimiento medio fue de 43 meses (27-85 meses). La probabilidad de supervivencia relacionada con el cáncer fue superior en el grupo de cirugía laparoscópica ($p = 0,02$). Además, el análisis multivariante demostró que esta técnica se asociaba de manera independiente con una menor probabilidad de recurrencia tumoral (*hazard ratio*: 0,39, IC del 95%: 0,19-0,82) y una mayor probabilidad de supervivencia relacionada con el cáncer (*hazard ratio*: 2,63, IC del 95%: 1,09-6,25). La superioridad de la cirugía laparoscópica se debía fundamentalmente a las diferencias observadas en los pacientes con tumores en estadio III.

Conclusión: El abordaje laparoscópico es más efectivo que la cirugía abierta en el tratamiento del cáncer de colon en términos de morbilidad, estancia hospitalaria, recurrencia tumoral y supervivencia relacionada con el cáncer.

Puntos clave

- El abordaje laparoscópico del cáncer de colon en manos de equipos de cirujanos bien entrenados se acompaña de todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva (reducción de la estancia operatoria, menos dolor y complicaciones, y una recuperación postoperatoria más rápida).
- Con una adecuada selección preoperatoria de los pacientes y utilizando una técnica quirúrgica que evite la manipulación tumoral, el riesgo de diseminación neoplásica intraoperatoria y la aparición de implantes metastásicos en las cicatrices de los trocares es mínimo.
- Las características menos agresivas de la cirugía laparoscópica pueden influir en la historia natural del cáncer de colon operado, mejorando su evolución a largo plazo, especialmente en pacientes en estadio III.
- Dada la elevada prevalencia del cáncer de colon en el mundo occidental, estos resultados deben repetirse o confirmarse en estudios prospectivos y aleatorizados multicéntricos antes de que esta alternativa técnica sea recomendada y aceptada en general.

Comentario

El éxito de la colecistectomía laparoscópica y la introducción en la práctica clínica de las técnicas mínimamente invasivas videoasistidas ha revolucionado el tratamiento quirúrgico convencional de muchas enfermedades digestivas. Si existen pocas dudas en cuanto a la eficacia y ventajas de la cirugía endoscópica en el tratamiento del reflujo gastroesofágico o la acalasia, su aplicación en las enfermedades colorrectales es más discutido. Los motivos de controversia en la cirugía laparoscópica colorrectal son variados.

El primer problema u objeción está relacionado con la dificultad técnica. La cirugía laparoscópica de colon requiere la disección, devascularización y extracción de un espécimen quirúrgico habitualmente de gran tamaño, situado en varios cuadrantes de la cavidad abdominal. Se precisa simultáneamente una incisión accesoria para la extracción de la pieza y la realización de la anastomosis

para reconstruir la continuidad intestinal, por lo que se denomina cirugía asistida por laparoscopia. Todo esto requiere un entrenamiento específico en cirugía laparoscópica avanzada del que en la actualidad no se dispone en la mayoría de los hospitales españoles. Las técnicas más habituales en cirugía colorrectal (hemicolectomía derecha e izquierda o sigmoidectomía) han sido perfectamente establecidas para su realización por vía laparoscópica. Además, existe información basada en evidencia científica, como la que se desprende del trabajo de Lacy et al¹, de que la cirugía laparoscópica efectuada por cirujanos con experiencia en esta técnica ofrece todas las ventajas a corto plazo de este tipo de abordaje (reducción de la pérdida sanguínea intraoperatoria, de la estancia hospitalaria, del dolor postoperatorio y del período de convalecencia).

Un segundo aspecto corresponde al potencial riesgo de diseminación neoplásica debido a las propias características de la cirugía laparoscópica. De modo que pocos meses después del éxito explosivo de la colecistectomía laparoscópica se reportaron casos de implantes neoplásicos en las cicatrices de los trocares en pacientes intervenidos de coledolitiasis en los que se encontró de forma incidental una neoplasia de vesícula no sospechada. Esta situación también se ha descrito en pacientes intervenidos por cáncer de colon². En aquel momento se consideró que el contenido gaseoso a presión del neumoperitoneo podía provocar, por efecto nebulizador, el implante de células tumorales en los puntos de inserción de los trocares. Esto ocasionó una importante alarma y la recomendación general de que este tipo de cirugía sólo se efectuara en el seno de estudios controlados antes de recomendarlo a la comunidad general. Durante los últimos meses, diversos autores, entre los que se incluyen Lacy et al, han podido confirmar que no hay un riesgo mayor de diseminación tumoral que el existente en la cirugía abierta. Esto es así siempre que se respeten unas reglas quirúrgicas básicas que incluyen evitar la manipulación directa del tumor y la selección de pacientes, descartando los casos con neoplasias localmente avanzadas¹⁻³.

Un tercer aspecto corresponde a la necesidad de disponer de cirujanos bien entrenados que permita reproducir los mismos resultados clínicos. Esto tiene especial importancia en una enfermedad de elevada prevalencia como es el cáncer colorrectal. Recientemente se han publicado los resultados a corto plazo de un estudio prospectivo y aleatorizado auspiciado por el National Cancer Institute americano, que compara la colectomía laparoscópica con la convencional en el tratamiento del cáncer colorrectal⁴. En este estudio, que incluye a más de 428 pacientes intervenidos en 37 centros, el porcentaje de conversión fue del 26%, en contraposición al 11% del estudio de Lacy et al. El abordaje laparoscópico ofreció significativas ventajas respecto a

la cirugía convencional en cuanto a la reducción de la estancia, dolor y calidad de vida postoperatoria, pero mucho menores a las esperadas o a las observadas en el trabajo de Lacy et al. De esto se deduce que para obtener los mejores resultados del abordaje laparoscópico son imprescindibles una adecuada selección de pacientes y la disponibilidad de un equipo motivado y entrenado en este tipo de cirugía.

El aspecto más importante del trabajo de Lacy et al, que deberá ser confirmado por estudios multicéntricos con un mayor número de pacientes, es que el abordaje quirúrgico puede modificar o influir en la historia natural del cáncer de colon operado. De este modo, el citado estudio demuestra que la cirugía laparoscópica puede aumentar el período libre de recurrencia y la supervivencia, especialmente en pacientes en estadio III, que corresponde al estadio de mayor capacidad de diseminación tumoral¹. Aunque es muy difícil extrapolar con seguridad los hallazgos del laboratorio a la clínica, la confirmación de estos resultados estaría en consonancia con las observaciones experimentales que sugieren que la menor agresividad del abordaje laparoscópico conlleva una reducción de la inmunosupresión postoperatoria y una menor estimulación del crecimiento tumoral, todo esto con un definitivo y trascendente impacto en la historia natural de la enfermedad⁵.

A la espera de los resultados finales de estudios multicéntricos más amplios, cuyo período de reclutamiento está cerrado en la actualidad, ya se puede afirmar que el abordaje laparoscópico del cáncer de colon en manos de cirujanos entrenados, además de factible y seguro, no sólo no supone ningún riesgo en la evolución de la enfermedad, sino que además influye positivamente en su evolución a largo plazo.

Bibliografía



1. Lacy AM, García Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taurá P, Piqué JM, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet* 2002;359:2224-9.
2. Zmora O, Gervaz P, Wexner SD. Trocar site recurrence in laparoscopic surgery for colorrectal cancer. *Surg Endosc* 2001;15:788-93.
3. Weeks JC, Nelson H, Gelber S, Sargent D, Schroeder G. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer: a randomized trial. *JAMA* 2002;287:321-8.
4. Poulin EC, Mamazza J, Schlachta M, Gregoire L, Roy N. Laparoscopic resection does not adversely affect early survival curves in patients undergoing surgery for colorrectal adenocarcinoma. *Ann Surg* 1999;229:487-92.
5. Whelan RL. Laparotomy, laparoscopy, cancer and beyond. *Surg Endosc* 2001; 15:110-5.