

El final del principio: cirugía laparoscópica del cáncer de colon

Tengo que reconocer que el título de este editorial es un plagio de otro recientemente publicado¹, que se tomó de una frase pronunciada por Sir Winston Churchill al inicio de las primeras victorias aliadas en el norte de África durante la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, pienso que esta frase define perfectamente la situación establecida tras la publicación reciente de 2 estudios prospectivos aleatorios^{2,3} que ratifican en líneas generales el estudio publicado por Lacy et al⁴. Estos 3 estudios –pendientes de conocer los resultados definitivos del estudio europeo COLOR, presentado en forma preliminar a principios de este año⁵–, diseñados de acuerdo a las más estrictas normas de la cirugía basada en la evidencia, demuestran que tanto en un único centro, como de forma multicéntrica, el abordaje laparoscópico en el cáncer de colon es seguro, ofrece ventajas clínicas en el postoperatorio inmediato, a la vez que no perjudica los resultados oncológicos de la operación.

La demostración de las ventajas clínicas y de la seguridad oncológica del abordaje laparoscópico plantea diversos comentarios y obliga a pensar en las consecuencias inmediatas de la obtención de esta evidencia.

El primer comentario está inevitablemente en relación con la historia y el desarrollo de la cirugía laparoscópica. La cirugía colorrectal laparoscópica tiene una historia corta, tras la primera colectomía descrita por Jacobs et al⁶ en 1991, hace tan sólo 13 años. La cirugía colorrectal por vía laparoscópica, técnicamente dificultosa por la necesidad de actuar sobre varios cuadrantes y de manipular una pieza operatoria de gran tamaño, no tuvo inicialmente la difusión esperada, especialmente tras la observación de los implantes en los orificios de los trocares^{7,8}, hallazgo que hipotecaba cualquier ventaja de este tipo de abordaje. La comunidad de cirujanos, con interés en la cirugía laparoscópica⁹ y en la cirugía colorrectal, ha ofrecido una muestra de buen hacer al proponer una moratoria inicial en la utilización de esta vía en el tratamiento del cáncer de colon hasta que se obtengan los resultados de estudios aleatorizados que confirmen o descarten la utilidad y la seguridad de este abordaje¹⁰. Por otra parte, hay que destacar el importante esfuerzo en investigación básica y experimental que se ha realizado en los últimos años para conocer las bases científicas y el riesgo real de la diseminación neoplásica durante la cirugía laparoscópica¹¹. Todo ello es una buena muestra del grado de madurez obtenido en el desarrollo de la cirugía laparoscópica, tras el inicio desordenado de su aplicación.

El segundo comentario está en relación con la magnitud de la diferencia obtenida entre el abordaje laparoscópico y la cirugía abierta. Todos los estudios demuestran una menor necesidad de analgesia, y un inicio más temprano de la alimentación, así como la reducción de la estancia hospitalaria, con una calidad de vida similar semanas después de la intervención^{12,13}. Todo ello asociado a un mayor coste hospitalario, sin diferencias cuando se valora en conjunto el coste social^{12,14}. Estos factores deben tenerse en cuenta cuando cualquier equipo quirúrgico valore la introducción de esta técnica en su práctica habitual.

El tercer comentario en “el día después” es una reflexión sobre cómo se debe aplicar esta técnica. El cáncer de colon es una enfermedad de elevada prevalencia en nuestra sociedad, que se trata en la mayoría de los hospitales de nuestro país. La técnica laparoscópica requiere una adecuada formación por parte del cirujano para poder alcanzar los resultados obtenidos en los estudios citados, los cuales han sido efectuados en centros con una formación en cirugía laparoscópica avanzada, acreditada y auditada de forma externa, en algunos casos (COST y COLOR). En el momento actual, no es éticamente permisible que los equipos que quieren iniciarse o reiniciarse en esta técnica, en un momento en que las técnicas laparoscópicas están perfectamente sistematizadas y son perfectamente “enseñables”, practiquen en un cierto número de pacientes una nueva “curva de aprendizaje”. Ello crea un “vacío educacional temporal”, en el que los cirujanos que quieren aplicar esta técnica, las sociedades científicas o los grupos con interés en cirugía laparoscópica y cirugía colorrectal deberán intentar que se cubra de la mejor manera posible, asegurando una formación adecuada que permita la integración con seguridad de esta técnica en la práctica quirúrgica, si ese grupo quirúrgico concreto decide incorporarla a su hacer habitual¹⁵.

A la vez, los centros quirúrgicos, en función de su volumen y de acuerdo con la opinión y elección de cirujanos y pacientes, deberán valorar desde el punto de vista clínico si es rentable y seguro incluir este tipo de técnica en su práctica, teniendo en cuenta que se considera que el número de procedimientos mínimo para conseguir una adecuada capacidad técnica y superar la “curva de aprendizaje” es, al menos, de 20 y también, lógicamente, estimar el adecuado número de pacientes anuales para mantener esta actividad. Otra situación corresponde a la aplicación de la colectomía laparoscópica en grupos con especial interés en el área de capacitación específica colorrectal,

pero sin excesiva experiencia o interés previo en cirugía laparoscópica. En este caso, en el que el volumen mínimo de pacientes está garantizado, hará falta una ayuda técnica que permita acortar o minimizar el proceso formativo.

Una última consideración, lógicamente entroncada con la previa, es la selección adecuada de los pacientes que van a ser tratados de esta forma para que se beneficien de las ventajas de la cirugía laparoscópica colorrectal. Se considera que hasta el 60-70% de los pacientes diagnosticados de enfermedades quirúrgicas colorrectales puede ser tratado con seguridad por laparoscopia¹⁶, pero el resto estará mejor atendido con cirugía abierta. También es necesario tener en cuenta que el porcentaje de conversión en los estudios multicéntricos, antes citados, oscila entre el 18-21%, a pesar de la experiencia de los cirujanos participantes.

Un área de interés en investigación clínica será el análisis de la forma en que se implemente y aposente este tipo de cirugía en los hospitales españoles. Lógicamente, todo ello tiene un matiz exclusivamente temporal. Los cirujanos en formación, residentes y postgraduados jóvenes, que han vivido o vivirán de forma natural el desarrollo o la realización de este tipo de intervenciones, incluirán en su bagaje técnico el abordaje laparoscópico del colon del mismo modo que ya se ha incluido la colectomía o la funduplicatura.

Si se ha terminado el inicio, significa que acaba de empezar el segundo capítulo, que corresponde a la diseminación y la implementación de esta técnica en la práctica general. El tiempo dirá cual es el epílogo de la colectomía laparoscópica en el cáncer de colon, bien como técnica de elección, alternativa a la cirugía convencional, o como técnica excepcional, pero hasta llegar a ello habrá un período de transición que involucre a cirujanos interesados y sociedades quirúrgicas, que deberán asegurar la correcta formación de los cirujanos y la minimización de la curva de aprendizaje, para así asegurar que la sociedad pueda beneficiarse de todas las ventajas de esta opción técnica.

Eduard M. Targarona^a y Héctor Ortiz^b

^aCoordinador de la Sección de Cirugía Endoscópica de la AEC. Madrid.

^bCoordinador de la Sección de Cirugía Colorrectal de la AEC. Madrid. España.

Bibliografía

1. Pappas TN, Jacobs DO. Laparoscopic resection for colon cancer – the end of the beginning? *N Engl J Med* 2004;350:2091-2.
2. Leung KL, Kwok SP, Lam SC, Lee JF, Yiu RY, Ng SS, et al. Laparoscopic resection of rectosigmoid carcinoma: prospective randomised trial. *Lancet* 2004;363:1187-92.
3. Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med* 2004;350:2050-9.
4. Lacy AM, García-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taura P, Pique JM, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet* 2002;359:2224-9.
5. Bonjer HJ, Kuhry E, Veldkamp R. Laparoscopic surgery for colonic cancer: short term results of a randomized trial. Abstract. 2004 SAGES Scientific Meeting. Denver: 2004.
6. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:144-50.
7. Martínez J, Targarona EM, Balagué C, Pera M, Trias M. Port site metastasis. An unresolved problem in laparoscopic surgery. A review. *Int Surg* 1995;80:315-21.
8. Trias M, Targarona EM. Cirugía laparoscópica y cáncer digestivo. *Cir Esp* 1996;59:189-90.
9. Ortiz H. Cirugía laparoscópica del colon. *Cir Esp* 1996;60:157-8.
10. Whelan RL, Young-Fadok TM. Should carcinoma of the colon be treated laparoscopically? *Surg Endosc* 2004;18:857-62.
11. Whelan RL. Laparoscopy, cancer, and beyond. *Surg Endosc* 2001; 15:110-5.
12. Weeks JC, Nelson H, Gelber S, Sargent D, Schroeder G; Clinical Outcomes of Surgical Therapy (COST) Study Group. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer: a randomized trial. *JAMA* 2002;287:321-8.
13. Gholghesaei M, Lange FJ, Cuesta M, Spillenaar EJ, Jakimowicz JJ, Meijerink JWHJ, et al. Dutch color trial results: quality of life following laparoscopic vs open colectomy for malignancy. Abstract. 2004 SAGES Scientific Meeting. Denver: 2004.
14. Janson M, Bjorholt I, Carlsson P, Haglund E, Henriksson M, Lindholm E, et al. Randomized clinical trial of the costs of open and laparoscopic surgery for colonic cancer. *Br J Surg* 2004;91:409-17.
15. McLeod RS, Stern H, CAGS Evidence Based Reviews in Surgery Group. Canadian Association of General Surgeons Evidence Based Reviews in Surgery. 10. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of nonmetastatic colon cancer: a randomized trial. *Can J Surg* 2004;47:209-11.
16. Knook MM, Targarona EM, Garriga J, Cerdán G, Trias M. Applicability of laparoscopic surgery for colorectal disease. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2000;10:263-8.