



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

El terciarismo en el cáncer de recto

Specialized referral centers for rectal cancer



El tratamiento del cáncer de recto (CR) ha evolucionado considerablemente en los últimos años. Los avances en el estudio de extensión preoperatorio como consecuencia del uso de la resonancia magnética han permitido una cuidada selección de los pacientes tanto para la neoadyuvancia como para la técnica quirúrgica más apropiada. Por otra parte, la clara evidencia del impacto de la cirugía sobre los resultados a corto y largo plazo ha llevado a una exigencia cada vez más creciente con los cuidados intraoperatorios por parte de los cirujanos dedicados al tratamiento de esta enfermedad.

Se han introducido nuevos aspectos y abordajes en la técnica quirúrgica que van desde la implantación de la excisión total del mesorrecto, la resección laparoscópica, la cirugía robótica, la resección microscópica trans-anal y la más reciente proctectomía trans-anal «down to up».

Sin embargo, y a pesar de los avances técnicos, el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto de tercio inferior sigue siendo un importante reto para el cirujano colorrectal, y aunque la amputación abdominoperineal es todavía la intervención estándar más frecuentemente realizada^{1,2}, existe una creciente tendencia en tratar los tumores distales con cirugía preservadora de esfínteres.

La decisión sobre el tipo de intervención preservadora de esfínteres puede variar desde una resección anterior ultrabaja o interesfinteriana con anastomosis colo-anal manual o con reconstrucción en 2 tiempos (Turnbull-Cutait).

La experiencia del cirujano, su habilidad técnica, fruto de su capacidad y especial dedicación a la enfermedad neoplásica rectal con un número de casos constante, y una exhaustiva evaluación clínico-radiológica multidisciplinar son condiciones indispensables para indicar una correcta intervención que tenga en cuenta el balance entre garantía de resultados oncológicos, preservación de esfínteres y calidad de vida del paciente³.

Gracias a los avances en el método de estudio anatómico-patológico de los tumores de recto y a la especial dedicación de los patólogos, la actuación del cirujano recibirá una evaluación objetiva de la cirugía mediante parámetros histológicos como

son la calidad de la excisión del mesorrecto y la afectación del margen circunferencial.

La existencia de una relación entre calidad de resultados quirúrgicos y número de casos tratados en enfermedades complejas justifica la propuesta de centralizar los enfermos en centros de referencia. Además, tanto los centros con un elevado número de casos, como sus cirujanos expertos con una especial dedicación a la enfermedad compleja, están sometidos a un control de calidad de los resultados basado en auditorías externas⁴.

El concepto de «terciarismo» o «centralización» se refiere a la concentración de pacientes seleccionados en unidades de referencia con cirujanos especializados. Estas unidades consiguen, por tanto, un mayor número de pacientes con un resultado final que repercute en el beneficio clínico del paciente y económico del sistema sanitario.

En el caso del CR en general, el impacto del número de casos tratados en los resultados es incierto. Para conocer si existe una necesidad real de centralizar los pacientes con CR deberíamos determinar si es el número de casos tratados en un hospital o es el cirujano el principal factor predictivo de los resultados⁵.

Analizando los resultados quirúrgicos en base al número de casos operados por un cirujano, la literatura señala 3 escenarios: cirujanos con alto, con medio o con bajo número de casos. Aunque se describen rangos muy amplios en relación al número de casos, existe coincidencia en que los pacientes tratados por cirujanos que operan un elevado número de casos presentan una menor mortalidad, menor tasa de amputación abdominoperineal y una mayor supervivencia. Se puede concluir que la organización en unidades con elevado número de casos permite tener cirujanos experimentados con unos mejores resultados^{6,7} y facilita la formación de otros cirujanos.

Cuando se analizan los resultados en relación al número de casos tratados en un hospital, sigue observándose falta de uniformidad a la hora de establecer el volumen de casos del hospital. Se referencian hospitales con alto, medio y bajo volumen, con rangos de número de intervenciones que varían desde 11 casos anuales a más de 100 intervenciones. La

conclusión general es que cuantos más casos anuales se realizan, mejores resultados quirúrgicos se obtienen^{8,9}.

Aunque otros estudios no observan diferencias entre los resultados quirúrgicos y el número de casos del hospital, aceptando que podría existir una distorsión provocada por la selección de casos tratados en cada hospital¹⁰, la centralización del tratamiento del CR, el manejo del mismo por parte del grupos multidisciplinarios y la especialización del cirujano se relacionan con una reducción de la recidiva local y una mayor supervivencia¹.

Una revisión de la Cochrane sobre cirugía del CR destaca que los mejores resultados se obtienen en hospitales y por cirujanos que tratan un elevado número de casos. Sin embargo, existen grandes discrepancias respecto al número mínimo de casos que deben ser tratados en un hospital y por un cirujano, y cada país debería establecer sus propios sistemas para auditar los resultados de los hospitales y definir las estrategias de centralización¹¹.

Existe consenso en concentrar determinados procedimientos de alto riesgo, alta complejidad y alta tecnología en hospitales de referencia. Recientemente, en el ámbito europeo, se han diseñado algoritmos de diagnóstico y tratamiento para implementar la actual evidencia y definir el esquema fundamental a seguir por los grupos multidisciplinarios implicados en el tratamiento del cáncer colorrectal¹². Sin embargo, debido a su alta prevalencia de casos, la centralización del CR en unidades especializadas podría tener consecuencias de colapso asistencial¹³. Con el objetivo de evitar un excesivo aumento en la lista de espera de unidades de referencia y garantizar al mismo tiempo la calidad en los resultados, debería reorganizarse la distribución de pacientes, fomentar la relación constante entre centros de referencias y hospitales con menor número de casos, y realizar programas quirúrgicos formativos¹⁴.

Estas iniciativas podrían permitir al mismo tiempo seleccionar los casos que deberían tratarse exclusivamente en centros terciarios o de referencia (cáncer de recto avanzado y tumores de tercio inferior), que los hospitales involucrados alcanzaran un alto grado de eficiencia en el tratamiento del CR y, evitar el sentimiento de frustración que frecuentemente afecta a cirujanos de hospitales de segundo nivel con interés en enfermedad colorrectal por sentirse excluidos.

Actualmente, en España, se podría alcanzar el consenso para centralizar el CR en hospitales que atienden a una población de unos 500.000 habitantes, con un número mínimo de 60 casos anuales, como sugiere la literatura¹⁵.

Queremos resaltar que en todo proceso clínico el paciente debe ser el centro de atención, y que los especialistas involucrados tenemos el deber ético y profesional de ofrecerle las mejores opciones para conseguir los mejores resultados.

En conclusión, el CR debería concentrarse en unidades especializadas con medios técnicos adecuados, reconocidas mediante programas de acreditación nacional, con un número mínimo de casos anuales, con cirujanos expertos en cirugía colorrectal, y sometidas a auditorías periódicas de sus resultados. Debido a la elevada prevalencia de la enfermedad colorrectal, se debería fomentar una estricta y constante relación entre centros de referencia y hospitales con menor número de casos para una mejor redistribución de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbas MA, Chang GJ, Read TE, Rothenberger DA, García-Aguilar J, Peters W, et al., Consortium for Optimizing Surgical Treatment of Rectal Cancer. Optimizing rectal cancer management: Analysis of current evidence. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:252-9.
2. Ortiz H, Ciga MA, Armendariz P, Kreisler E, Codina-Cazador A, Gómez-Barbadillo J, et al., Spanish Rectal Cancer Project. Multicentre propensity score-matched analysis of conventional versus extended abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Br J Surg*. 2014;101: 874-82.
3. Biondo S, Trenti L, Kreisler E. Distal third rectal cancer: Intersphincteric anterior resection with manual anastomosis using the techniques of Parks or Turnbull-Cutait [Article in English, Spanish]. *Cir Esp*. 2014;92 Suppl 1:S13-S20.
4. Etzioni DA, Young-Fadok TM, Cima RR, Wasif N, Madoff RD, Naessens JM, et al. Patient survival after surgical treatment of rectal cancer: Impact of surgeon and hospital characteristics. *Cancer*. 2014;120:2472-81.
5. Archampong D, Borowski DW, Dickinson HO. Impact of surgeon on outcomes of rectal cancer surgery: A systematic review and meta-analysis. *Surgeon*. 2010;8:341-52.
6. Borowski DW, Bradburn DM, Mills SJ, Bharathan B, Wilson RG, Ratcliffe AA, et al., Northern Region Colorectal Cancer Audit Group (NORCCAG). Volumen-outcome analysis of colorectal cancer-related outcomes. *Br J Surg*. 2010;97: 1416-30.
7. Hohenberger W, Merkel S, Hermanek P. Volume and outcome in rectal cancer surgery: The importance of quality management. *Int J Colorectal Dis*. 2013;28: 197-206.
8. Nugent E, Neary P. Rectal cancer surgery: Volume-outcome analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2010;25:1389-96.
9. Kressner M, Bohe M, Cedermark B, Dahlberg M, Damber L, Lindmark G, et al. The impact of hospital volume on surgical outcome in patients with rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:1542-9.
10. van Erning FN, van Steenberghe LN, van den Broek WT, Rutten HJ, Lemmens VE. No difference between lowest and highest volume hospitals in outcome after colorectal cancer surgery in the Southern Netherlands. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39:1199-206.
11. Archampong D, Borowski D, Wille-Jorgensen P, Iversen LH. Workload and surgeon's speciality for outcome after colorectal cancer surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;3:CD005391.
12. van de Velde CJ, Boelens PG, Borras JM, Coebergh JW, Cervantes A, Blomqvist L, et al. EURECCA colorectal: Multidisciplinary management: European consensus conference colon & rectum. *Eur J Cancer*. 2014;50. e1-1. e34.
13. Di Cataldo, Scilletta B, Latino R, Cocuzza A, Li Destri G. The surgeon as a prognostic factor in the surgical treatment of rectal cancer. *Surg Oncol*. 2007;16 Suppl 1:S53-6.
14. Ortiz H, Codina A, Grupo Colaborador del Proyecto Vikingo. The Spanish Association of Surgeon's audited teaching programme for rectal cancer. Results after six years [Article in Spanish]. *Cir Esp*. 2013;91:496-503.
15. Baek JH, Alrubaie A, Guzmán EA, Choi SK, Anderson C, Mills S, et al. The association of hospital volume with rectal cancer surgery outcomes. *Int J Colorectal Dis*. 2013;28: 191-6.

Antonio Codina-Cazador^{ab} y Sebastiano Biondo^{cd*}

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Universidad de Girona, Girona, España

^bCoordinador de la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)

^cServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^dPresidente de la Asociación Española de Coloproctología (AECp)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sbn.biondo@gmail.com (S. Biondo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.03.002>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.