



PREGUNTAS Y RESPUESTAS EN GASTROENTEROLOGÍA/ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

¿Es la laparotomía una técnica obsoleta en el tratamiento quirúrgico electivo de la enfermedad de Crohn? ¿Siempre laparoscopia en estos pacientes?

Inflammatory bowel disease. Is laparotomy an obsolete technique in the elective surgery of Crohn's disease? Should laparoscopy always be performed in these patients?

Rafael Alós* y Amparo Solana

Board Europeo en Coloproctología

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Unidad de Coloproctología, Hospital de Sagunto, Valencia, España

Antecedentes

La introducción de la vía laparoscópica para el abordaje quirúrgico es relativamente reciente. La primera resección intestinal (colon) descrita por laparoscopia se realizó en 1991, y desde entonces se han publicado más de 50.000 artículos en la base de datos MEDLINE relacionados con cualquier proceso patológico abdominal intervenido por esta vía. En el caso de la enfermedad de Crohn (EC) el número de publicaciones que hacen referencia al tratamiento quirúrgico laparoscópico es mucho menor, alrededor de 250. Este hecho indica que, a pesar de la rápida y amplia difusión de la laparoscopia, hay cierta reticencia en los cirujanos a aplicarla en la enfermedad inflamatoria intestinal. Algunos factores, como la inflamación del mesenterio, las fistulas intestinales, las graves adherencias o la friabilidad de los tejidos, pueden complicar la cirugía abierta y, mucho más, la laparoscópica. Las ventajas atribuidas a la laparoscopia frente a la laparotomía son: *a)* menor íleo postoperatorio; *b)* menor demanda analgésica; *c)* alta hospitalaria más precoz; *d)* inicio más temprano de la dieta; *e)* menor formación de

adherencias, y *f)* ventaja estética. Sin embargo, requiere una curva de aprendizaje y el material utilizado es caro.

Discusión

Hoy en día está fuera de duda que la laparoscopia es un método de abordaje seguro y factible casi en cualquier tipo de cirugía abdominal y, por consiguiente, también lo es en la EC. Además, todo parece indicar, tras la publicación de dos metaanálisis recientes^{1,2}, que la cirugía laparoscópica posee ventajas frente a la abierta, destacando en uno de esos metaanálisis² la disminución de la morbilidad postoperatoria (odds ratio = 0,57; intervalo de confianza del 95%, 0,37–0,87) que fue evaluada en 12 de los 14 estudios que incluyó. Todas las ventajas que se enumeraron anteriormente (menor íleo, menor dolor, etc.) quedan bien demostradas en todos los estudios incluidos en los metaanálisis^{1,2}. Una de las desventajas que siempre se atribuye a la laparoscopia es el mayor coste económico por el uso de material de instrumentación caro. Sin embargo, debido a las ventajas sobre la cirugía abierta (menor estancia hospitalaria, menos reintervenciones y reingresos), el coste global es mucho menor, con una mediana de ahorro de unos 1.700 € por paciente³. Otro aspecto que inicialmente también se considera un inconveniente de la laparoscopia es que las

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(R. Alós\).](mailto:alos_raf@gva.es)

cifras de conversión son elevadas, y pueden llegar hasta casi el 30%⁴, aunque lo habitual es que oscile alrededor del 11%². No obstante, este hecho en sí mismo tiene escasa trascendencia, puesto que lo único que implica es la conversión a cirugía abierta por la dificultad técnica de finalizar la laparoscopia y, por tanto, sólo significaría que la intervención puede alargarse en el tiempo. Habitualmente, los motivos para la conversión son la presencia de masa, absceso, adherencias firmes o cualquier accidente intraoperatorio^{2,5}. Si tenemos en cuenta estos factores, muy probablemente seremos más selectivos en la indicación de la laparoscopia y disminuirían las cifras de conversión. Este hecho nos conduce a concluir que, a pesar de las ventajas de la cirugía laparoscópica, todavía queda espacio para la cirugía abierta en esos casos.

Otros aspectos comparados entre la cirugía abierta y la laparoscópica han sido la calidad de vida y las complicaciones o las recurrencias. Recientemente, un ensayo comparativo aleatorizado³ y otro estudio bien diseñado⁶ concluyen que no hay diferencias en la calidad de vida, pero las complicaciones precoces (infección de la herida, absceso intraabdominal...) o tardías (hernia incisional) son mayores en la laparotomía (el 10 frente al 33%, y el 0 frente al 7%, respectivamente). Respecto a la recurrencia, no se encuentran tampoco diferencias entre ambas vías de abordaje^{2,6}.

Si de todo lo expuesto se observa que la laparoscopia tiene más ventajas, ¿por qué no se impone definitivamente en la EC? Posiblemente influyan dos factores: *a)* la curva de aprendizaje sumada a la dificultad técnica intrínseca que entraña la propia laparoscopia y la misma EC, y *b)* porque un análisis crítico de los metaanálisis deja entrever, entre otros inconvenientes, una gran heterogeneidad de los estudios incluidos, un proceso de selección de éstos o de su calidad no bien especificado, y una ausencia de detalles individualizados de cada uno de los estudios. Todo ello hace necesaria la realización de más ensayos controlados aleatorizados (hasta la fecha sólo hay 2 publicados), tal como concluyen los autores de los metaanálisis.

Respuesta

La laparotomía continúa vigente en el tratamiento quirúrgico electivo de la EC, sobre todo en los pacientes con una gran masa inflamatoria, absceso o fistulas a órganos vecinos. En el resto de casos, la laparoscopia es una muy buena opción, sobre todo en manos de personal experimentado (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1a).

Coordinadores de la serie:

Coordinadores generales: Javier P. Gisbert, Cecilio Santander y Josep M. Piqué

Coordinador de sección: Fernando Gomollón

Bibliografía

1. Rosman AS, Melis M, Fichera A. Metaanalysis of trials comparing laparoscopic and open surgery for Crohn's disease. *Surg Endosc.* 2005;19:1549–55.
2. Tan JJ, Tjandra JJ. Laparoscopic surgery for Crohn's disease: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:576–85.
3. Maartense S, Dunker MS, Slors JF, Cuesta MA, Pierik EGJM, Gouma DJ, et al. Laparoscopic assisted versus open ileocolic resection for Crohn's disease, a randomized trial. *Ann Surg.* 2006;243:143–9.
4. Luan XJ, Gross E. Laparoscopic assisted surgery for Crohn's disease an initial experience and results. *J Tongji Med Univ.* 2000;20:332–5.
5. Milsom JW, Hammerhofer KA, Böhm B, Marcello P, Elson P, Fazio VW. Prospective, randomized trial comparing laparoscopic vs. conventional surgery for refractory ileocolic Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 2001;44:1–9.
6. Eshuis EJ, Polle SW, Slors JF, Hommes DW, Sprangers MAG, Gouma DJ, et al. Long-Term surgical recurrence, morbidity, quality of life, and body image of laparoscopic-assisted vs. open ileocolic resection for Crohn's disease: a comparative study. *Dis Colon Rectum.* 2008;51:858–67.