

Editorial

La colectomía por laparoscopia en pacientes con carcinoma de colon

Francisco Javier Ochoa-Carrillo, Luis Fernando Oñate-Ocaña***

En 1981 se inició formalmente la era de la cirugía endoscópica, cuando se realizó en Francia la primera colecistectomía laparoscópica. Desde entonces, los avances tecnológicos han impulsado el desarrollo de nuevas técnicas para el tratamiento de viejos problemas quirúrgicos. En la cirugía oncológica, el ejemplo más importante es la resección por laparoscopia como tratamiento definitivo del carcinoma de colon.

Las resección laparoscópica en carcinoma de colon se ha realizado desde 1990, al considerar que podría beneficiar a los pacientes.¹ Sin embargo, pronto hubo señales de alarma: se informó que producía cambios en las etapas clínicas de la enfermedad y en los patrones de recurrencia y diseminación, incrementando las recidivas y reduciendo la supervivencia, y que aumentaba la frecuencia de recurrencias en la herida en pared abdominal por un fenómeno de diseminación transcelómica impulsada por el bióxido de carbono utilizado para mantener el neumoperitoneo.² Entonces, se estableció una moratoria internacional, declarándose que la resección laparoscópica en carcinoma de colon sólo estaba indicada dentro de estudios fase III y que no debía realizarse de manera rutinaria en la clínica.

Por tal motivo, se iniciaron varios estudios fase III que comparaban la resección laparoscópica en carcinoma de colon contra la hemicolectomía abierta. Uno de ellos ha sido publicado recientemente. Es un estudio multicéntrico, coordinado por la Clínica Mayo, con un diseño que pretende demostrar que la resección laparoscópica en carcinoma de colon no es inferior desde el punto de vista de los resultados oncológicos. Se encontró que la resección laparoscópica en

carcinoma de colon es equivalente a la hemicolectomía abierta en extensión de la resección oncológica, patrones de recurrencia, supervivencia libre de enfermedad y supervivencia asociada a cáncer;³ es decir, ambas son aceptables desde el punto de vista oncológico. Sin embargo, no fue posible establecer ventajas que impulsen a adoptar la resección laparoscópica en carcinoma de colon como tratamiento de elección. Además, en este estudio se requirió un sistema de acreditación de los cirujanos participantes, que aseguró un estándar mínimo de calidad y seguridad para los pacientes: todos los cirujanos tenían experiencia oncológica y un comité revisó los videos de los procedimientos, para supervisar las técnicas y prácticas oncológicas de cada uno de los participantes. De tal manera, la equivalencia que se reporta en este estudio debe interpretarse con cautela. Los resultados sólo pueden extrapolarse a centros hospitalarios que reúnan esas mismas condiciones de control de calidad.

En dicho estudio se encontró una frecuencia de 21 % de conversiones a laparotomía y el tiempo operatorio fue significativamente mayor, lo que debe balancearse con los beneficios de la resección laparoscópica en carcinoma de colon en términos de menor estancia hospitalaria y menor consumo de opiáceos.

Por último, un estudio sueco derivado del estudio COLOR se centró en la evaluación de costos, comparando los gastos que se producen con la resección laparoscópica y con la hemicolectomía abierta. Se encontró que no había beneficios en cuanto a costos, e incluso el sistema nacional de salud sueco incurrió en más gastos con la resección laparoscópica.⁴

Por otro lado, en un estudio italiano se asegura que a largo plazo la resección laparoscópica en carcinoma de colon se asocia con menor frecuencia de complicaciones y con mejor calidad de vida a doce meses, al compararla con la hemicolectomía abierta.⁵

En conclusión, la resección laparoscópica en carcinoma de colon es aceptable desde el punto de vista oncológico cuando existe experiencia quirúrgica y la evaluación del caso se ha hecho siguiendo los principios de la oncología colónica clásica. Sin embargo, hoy por hoy no se ha establecido con claridad el papel que deben tener estos procedimientos en la práctica clínica cotidiana.

* Subdirección de Cirugía. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

** Departamento de Gastroenterología. Instituto Nacional de Cancerología.

Solicitud de sobretiros:

Francisco Javier Ochoa-Carrillo,
Camino a Santa Teresa 1055-123,
Col. Héroes de Padierna, Deleg. Magdalena Contreras,
10700 México, D. F. Tel.: (55) 5652 9395.

Recibido para publicación: 07-10-2006

Aceptado para publicación: 14-03-2006

En México, el costo de la resección laparoscópica en carcinoma de colon es, sin duda, superior al de la colectomía abierta, debido al elevado precio de las engrapadoras, trócares e instrumentos para cirugía endoscópica. Por lo tanto, este inconveniente es probablemente aún mayor en nuestro país. Considerando la escasa experiencia nacional, en la práctica cotidiana se encuentra seriamente limitada la utilidad de la resección laparoscópica en carcinoma de colon.

Referencias

1. Phillips EH, Francklin M, Carroll BJ, Fallas MJ, Ramos R, Rosenthal D. Laparoscopic colectomy. *Ann Surg* 1992;216:703-707.
2. Johnstone PAS, Rohde DC, Swartz SE, Fetter JE, Wexner SD. Port site recurrences after laparoscopic and thoracoscopic procedures in malignancy. *J Clin Oncol* 1996;14:1950-1956.
3. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. *NEJM* 2004;350:2050-2059.
4. Janson M, Bjorholt I, Carisson P, Haglind E, Henriksson M, Lindholm E, Anderberg B. Randomized clinical trial of the costs of open and laparoscopic surgery for colonic cancer. *Br J Surg* 2004;91:409-417.
5. Braga M, Frasson M, Vignali A, Zuliani W, Civelli V, Di Carlo V. Laparoscopic vs. open colectomy in cancer patients: long-term complications, quality of life, and survival. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:2217-2223.

