

Cirugía y Cirujanos

Volumen **71**
Volume

Número **3**
Number

Mayo-Junio **2003**
May-June

Artículo:

Editorial

Laparoscopia en cáncer

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Editorial Laparoscopia en cáncer

Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa-Carrillo*

La aplicación de la cirugía de invasión mínima (CIM) se ha generalizado de un modo impresionante desde que Mouret describió en Francia la primera colecistectomía laparoscópica exitosa. Actualmente es el procedimiento laparoscópico que se realiza con más frecuencia en todo el mundo, y que genera ganancias millonarias al año.

Esta importante generalización ha respondido a las presiones de la mercadotecnia de una industria con fines de lucro que se parece más a la moda parisina que a los avances científicos. Sin embargo, es necesario reconocer que algunos procedimientos laparoscópicos, diagnósticos o terapéuticos, han demostrado inequívocamente su utilidad a través de estudios clínicos controlados por sorteo.

La CIM aplicada al campo de la cirugía oncológica, probablemente ha reducido los costos y la morbimortalidad de los procedimientos de clasificación por etapas de las neoplasias gastrointestinales.

Sin duda que el mejor ejemplo lo constituye la disminución del requerimiento de laparotomías innecesarias en los pacientes en los que otros estudios de extensión habían demostrado previamente la ausencia de enfermedad metastásica y de actividad locorregionalmente avanzada.

La CIM se utiliza actualmente en neoplasias de la unión esofagogástrica, estómago, páncreas, hígado y vesícula biliar. Y su principal utilidad es la evaluación de la superficie peritoneal de los órganos intraabdominales y del peritoneo parietal. Es capaz de identificar lesiones metastásicas de sólo unos milímetros de diámetro, siendo incluso más sensible que la mano o el ojo del cirujano. En cerca de 50% de los pacientes con cáncer gástrico con tomografía y ultrasonido que no demuestran la presencia

de metástasis transcelómicas y éstas se identifican al hacer una laparoscopia^(1,2).

También ocurre frecuentemente el diagnóstico laparoscópico de metástasis hepáticas en pacientes con ultrasonido y tomografía hepática normal.

Su sensibilidad en la evaluación de la reseabilidad probablemente se incrementa al utilizarse junto con otros estudios como el ultrasonido endoscópico y el ultrasonido laparoscópico.

En el caso de las neoplasias hepáticas, el estándar de oro para la evaluación de reseabilidad es la laparotomía con palpación y ultrasonido transoperatorio. Probablemente en los siguientes años se desarrolle lo suficiente la tecnología para que esto sea sustituido por la laparoscopia con ultrasonido laparoscópico. Esta tecnología es actualmente muy costosa y solamente está al alcance de unos cuantos centros y no es ampliamente utilizada.

La laparoscopia da además la posibilidad de realizar lavado peritoneal y estudio citológico en pacientes con cáncer gastrointestinal. El hallazgo de células neoplásicas en el lavado se correlaciona bien con el riesgo de recurrencias tumorales después de cirugía curativa y la supervivencia en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de páncreas. El estudio de inmunocitoquímica en estas células obtenidas del lavado peritoneal, probablemente mejorará aún más la sensibilidad de este factor pronóstico. Sin embargo, la utilidad de estos procedimientos se considera controversial actualmente y las decisiones terapéuticas no se deben basar únicamente en este estudio⁽³⁾.

En el caso del cáncer gástrico, la laparoscopia ha sido utilizada en el Instituto Nacional de Cancerología de México para establecer una clasificación por etapas clínicas basada únicamente en los hallazgos laparoscópicos. Esta clasificación de cuatro etapas permite diseñar la mejor estrategia para cada paciente, antes de realizar una gastrectomía. Además, esta estrategia permite clasificar a los pacientes antes de incluirlos en protocolos de estudio de quimioterapia neoadyuvante⁽²⁾.

Ningún estudio ha demostrado que las resecciones laparoscópicas en oncología gastrointestinal sean mejores en ningún sentido que las resecciones tradicionales abiertas. Esto es verdad en cuanto a morbilidad operatoria, a mortalidad operatoria, control local de la neoplasia, frecuencia de recurrencias y supervivencia. Tampoco se ha

* Subdirección de Cirugía. Instituto Nacional de Cancerología, México.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
Camino a Santa Teresa No. 1055-123,
Col. Héroes de Padierna
México, D. F. 10700 México
E-mail: gpooncol@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 04-03-2003.

Aceptado para publicación: 01-04-2003.

demostrado que se reduzcan los costos, y únicamente se puede inferir que el control del dolor postoperatorio puede ser menor.

Las resecciones radicales por laparoscopia en cáncer colorrectal se han investigado en estudios clínicos controlados por sorteo. Sin embargo, hasta el momento, no se han demostrado claramente las ventajas y no se considera actualmente que la vía laparoscópica sea el procedimiento de elección en estos procedimientos. Por tanto, solamente deben intentarse como parte de protocolos de investigación cuidadosamente diseñados y considerando la seguridad de los pacientes como una prioridad ineludible⁽⁴⁾.

Referencias

1. Lehnert T, et al. Impact of diagnostic laparoscopy on the management of gastric cancer: prospective study of 120 consecutive patients with primary gastric adenocarcinoma. *Br J Surg* 2002;89(4): 471-475.
2. Oñate Ocaña LF, et al. The role of pretherapeutic laparoscopy in the selection of treatment for patients with gastric carcinoma: a proposal for a laparoscopic staging system. *Ann Surg Oncol* 2001;8(8):624-631.
3. Oñate Ocaña LF. Laparoscopia en cancer. Manual de oncología. McGraw-Hill, México; 2002.
4. Hazebroek EJ. The Color Study Group COLOR: a randomized clinical trial comparing laparoscopic and open resection for colon cancer. *Surg Endosc* 2002;16(6):949-953.

