

## Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen 5  
Volume

Número 3  
Number

Julio-Septiembre 2004  
July-September

*Artículo:*

### Editorial

Colectomía endoscópica por  
enfermedad maligna.

La historia se repite

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC

**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](#)



[www.Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)



## Colectomía endoscópica por enfermedad maligna La historia se repite....

Dr. Jorge Cueto G

En la mayor parte de nuestros hospitales en la actualidad estamos acostumbrados a ver en la programación del quirófano tanto electiva como urgente un número importante, cada vez mayor, de cirugías endoscópicas de todo tipo. Sin embargo, uno de los procedimientos que muy pocos grupos practican por este método mini-invasivo es la cirugía endoscópica colo-rectal. ¿Por qué es esto?, ¿Qué es lo que ha ocurrido que ha frenado, limitado este tipo de cirugía, sobre todo en nuestro medio?

Una muy breve revisión de los reportes pioneros en 1991 de M. Jacobs, M. Franklin y otros, demuestra resultados muy satisfactorios tanto para enfermedad maligna como para otros padecimientos como la enfermedad diverticular, etc., pero cuando la colectomía laparoscópica comenzó a generalizarse empezaron a aparecer resultados alarmantes de complicaciones muy graves, letales como lo fue principalmente la implantación tumoral en los sitios de los puertos, lo cual aunado a otros factores (tasas muy altas de conversión a laparotomía, costos directos, etc.) motivó que se suspendieran en casi todos los hospitales este tipo de operaciones. El Dr. Franklin —gran amigo de nuestra Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica desde sus inicios— lo resumió de esta manera: “fueron los reportes numerosos pero aislados de recidivas en los trócares lo que mató a la cirugía endoscópica colo-rectal”. La Asociación Americana de cirujanos de colon y recto de los EUA fue una de las organizaciones que más se opuso a la realización de este tipo de cirugía y pudiera pensarse que con justa razón, puesto que tratándose de cáncer, todos aquellos beneficios y ventajas de la laparoscopia como son menos dolor, menor ingesta de analgésicos, menor incapacidad física, menos complicaciones respiratorias, incisionales, mejor cosmesis, etc., son irrelevantes cuando se trata de curar a un enfermo. Lo que cuenta es que se cure el paciente, no importa el tamaño de la incisión ni el dolor posoperatorio, ni la incapacidad.

Contribuyó también a frenar al procedimiento el que la cirugía colo-rectal —de por sí ya más difícil y de mayor riesgo porque entre otras cosas se practica con frecuencia en gente de edad avanzada—, en laparoscopia y como es bien sabido, presenta un nivel de complejidad mayor puesto que es un procedimiento de varios cuadrantes, que requiere cambios frecuentes de posición del grupo quirúrgico, del laparoscopio y de otros instrumentos, etc., que requiere además de disección y sección de pedículos vasculares mayores, de anastomosis, y de extracción de especímenes grandes, etc. etc., y que no es muy frecuente en nuestro medio si la comparamos p. ej: con cirugía de la vesícula biliar, hernias, antirreflujo, y entonces existen muy pocas posibilidades que un grupo quirúrgico en nuestro medio pueda reunir una experiencia clínica suficiente tanto de enfermedad no maligna como maligna.

Desde luego, muchos grupos en los EUA, en Europa y en otros sitios continuaron practicando cuidadosamente la colectomía por laparoscopia convencidos de que como había ocurrido anteriormente con la colestectomía laparoscópica, con las hernioplastias inguinales, etc. el método no era el inadecuado sino quienes lo practicaban y cómo lo practicaban. De hecho, los grupos pioneros mencionados no habían experimentado en varios cientos de casos operados con este método, ninguna recurrencia en los sitios de los trócares. Y así asistimos a multitud de Congresos, Simposios y Cursos en todos lados donde las discusiones fueron duras e incluso violentas y entonces y como en tantas otras ocasiones, tomó la delantera la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica (EAES) e inició una serie de estudios prospectivos controlados, aleatorizados entre los que destacan los de A. Lacy, M.A. Cuesta, H. Bonjer y muchos otros que culminaron con la reunión de la EAES en Niza en el verano del 2000, donde por primera vez se organizó una reunión de medicina basada en evidencia y se integró un grupo para evaluar de manera objetiva los resultados de los estudios publicados hasta el momento y desde luego analizar los resultados iniciales de los estudios ya mencionados de España y Holanda entre otros. El título de la reunión fue “Opinión de los expertos de la EAES en laparoscopia electiva para el cáncer del colon”. Resumiendo, la evidencia objetiva que se

\* Departamento de Cirugía General. Centro Médico ABC, México, D.F.

presentó, claramente señalaba que los implantes neoplásicos en los trócares eran un fenómeno semejante y con una prevalencia similar a la de la colectomía convencional y que fue la inexperiencia y violación de los principios oncológicos los responsables por la mayoría de los reportes mencionados y que en el corto y mediano plazo el primer estudio prospectivo, el de Barcelona de A. Lacy y cols. demostraba que el procedimiento laparoscópico se acompañaba de resultados similares a la operación convencional aunque con menor pérdida de sangre, mejor recuperación y menor morbilidad a expensas de mayores costos directos. Se confirmaban así los resultados de J. Milsom y su estudio prospectivo, y los ya mencionados anteriormente.

Aún así, en las reuniones de los EUA se insistía que hasta que no aparecieran los resultados del estudio "COST" (Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group) coordinado por los Institutos Nacionales de Salud de los EUA y Canadá y por la Clínica Mayo por la Dra. Heidi Nelson entre otros, no se podía recomendar la operación endoscópica. Un reporte preliminar de dicho estudio apareció en el 2002 en la revista JAMA comparando la calidad de vida de ambos métodos en el corto plazo y que mostró "ventajas modestas para el método endoscópico" todas las cuales ya habían sido ampliamente documentadas previamente por otros autores. Finalmente en una de las revistas médicas de mayor impacto en el mundo como lo es el "The New England Journal of Medicine", en el ejemplar del 13 de Mayo del 2004, se publicaron los tan esperados resultados y se concluía que "...las recurrencias de cáncer fueron similares en ambos métodos..., lo cual sugiere que el abordaje laparoscópico es una alterna-

tiva aceptable a la cirugía abierta en el tratamiento del cáncer de colon".

Ahora, como lo señaló L. Whelan y otros autores, ya no hay excusas, hay que aprender y perfeccionar el procedimiento y practicarlo adecuadamente cumpliendo con los requisitos oncológicos y siguiendo los mismos lineamientos que en cirugía convencional y hay que informarle esto a los enfermos, es un deber moral. Con estos resultados la propia Asociación Americana de Cirujanos de Colon y Recto mencionada anteriormente publicó en diversas revistas prestigiadas como p. ej.: "Surgical Endoscopy" en el ejemplar de Octubre del 2004, en la página frontal con su logotipo encabezándolo, un pronunciamiento sobre la colectomía laparoscópica para cáncer del colon como tratamiento curativo y esta declaración que es ratificada oficialmente por la SAGES (Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales) entre otras cosas señala que: "...la colectomía laparoscópica cuando es practicada por cirujanos experimentados tiene una sobrevida y resultados similares a la colectomía abierta". Se señalan como es de esperarse los requisitos lógicos que deben aplicarse en los hospitales, y que la experiencia previa de los cirujanos en cirugía de este tipo "...debe incluir cuando menos 20 procedimientos colo-rectales con resección y anastomosis tanto en enfermedad benigna como en procedimientos paliativos." Hay que pensar en todos los cirujanos que participaron en estos estudios y que toda su vida han hecho sólo cirugía abierta, qué resultados tendrán cuando lleven varios cientos de operaciones endoscópicas.

Y así, como ya ha ocurrido tantas veces desde 1990, la historia se repite....

## REFERENCIAS

- Jacobs M, Verdeja M, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 144-150.
- Franklin M et al. Prospective evaluation of laparoscopic colon resection versus open colon resection for adenocarcinoma. *Surg End* 1995; 9: 811-825.
- Milsom JW, Bohm B, Hammerhofer KA, Fazio V, Steiger E, Elson P. A prospective, randomized trial comparing laparoscopic versus conventional techniques in colorectal cancer surgery: Preliminary report. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 55-57.
- Nelson H et al. The clinical outcome of surgical therapy group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 2050-2059.
- The American Society of Colon and Rectal Surgeons Approved Statement on laparoscopic colectomy. (Endorsed by SAGES), 2004, *Surgical Endoscopy*, 18; Oct.
- Weeks J et al. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy vs open colectomy: a randomized trial. *JAMA* 2002; 287: 321-328.
- Lacy AM et al. Laparoscopic-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomized trial. *Lancet* 2002; 359: 2224-29.
- de Lacy AM et al. *Colonic carcinoma implants at port sites*. In: Laparoscopic surgery (eds) Cueto J, M Jacobs, M Gagner. cap 43: & Appendix: Conclusions of the Consensus of the European Association for Endoscopic Surgery Experts' Opinion Conference on Colonic Cancer by Elective Surgery. 2003: 321-326.
- Whelan RL. Laparotomy, laparoscopy, cancer and beyond. *Surg End* 2001; 3.
- Cueto J et al. "Laparoscopic colectomy for cancer: report of two cases". *Experimental & Clinical Cancer Research*; 1994; 13: 409-413.