

¿La apendicectomía laparoscópica: estándar de tratamiento?

La cirugía laparoscópica se ha situado desde hace más de 20 años como una técnica cada vez más aceptada y solicitada por pacientes y médicos, con un gran impulso de mercadotecnia alrededor de dicha tecnología. Sin duda alguna, en algunos procedimientos, aun en ausencia de estudios prospectivos y controlados, la técnica laparoscópica se ha establecido como el estándar de tratamiento en la actualidad, como es el caso de la colecistectomía o la funduplicatura gástrica para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. De hecho, la cirugía laparoscópica en esta última entidad ha sido retada recientemente al encontrarse peores resultados a largo plazo con la técnica de mínima invasión que con cirugía abierta, a pesar de mejores resultados a corto plazo.¹

En otras circunstancias, la tecnología de mínima invasión ha limitado su utilidad por diversas razones. En primer lugar, existen procedimientos donde la cirugía laparoscópica ha demostrado tener ventajas significativas sobre la cirugía abierta, particularmente en lo relativo a recuperación de la función pulmonar, reducción del dolor y menor morbilidad asociada a la herida quirúrgica, situaciones de gran importancia en cirugía bariátrica; sin embargo, la utilización de la técnica laparoscópica se ha visto limitada por la necesidad de cirujanos altamente especializados en técnicas de cirugía laparoscópica avanzada. En otro tipo de situaciones, además de requerirse una curva de aprendizaje prolongada, en estudios controlados, las ventajas de la técnica laparoscópica, si bien se han demostrado desde el punto de vista estadístico, no han tenido el impacto deseado desde el punto de vista clínico. Tal es el caso de la colectomía laparoscópica, la cual ha sido sujeta a estudios comparativos con su contraparte abierta en estudios multicéntricos, controlados, tanto a nivel de Europa como de América.²⁻⁴ En dichos estudios, si bien se han encontrado algunas diferencias a favor de la técnica de mínima invasión, no han documentado en forma fehaciente que dicha técnica deba convertirse en tratamiento estándar de enfermedades del colon y recto, aceptándose actualmente como conclusiones de varios de estos estudios que la vía laparoscópica es una alternativa válida para el tratamiento quirúrgico de dichos padecimientos, particularmente del cáncer colorrectal. Finalmente, procedimientos como apendicectomía laparoscópica merecen un comentario particular. En éste número de la *Revista de Gastroenterología de México*, Spaventa y cols., del gru-

po de Hospital ABC, reportan un estudio comparativo, retrospectivo, de apendicectomía laparoscópica vs. abierta en 1,273 pacientes en un periodo de 56 meses (23 pacientes al mes) con el diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda, de los cuales 732 (57.5%) fueron apendicectomizados por vía laparoscópica. Es claro que la realización de apendicectomía no requiere de las prolongadas curvas de aprendizaje que van implícitas en el desarrollo de la cirugía laparoscópica avanzada; sin embargo, tal como lo demuestra el presente estudio como muchos otros en la literatura, es un procedimiento que no se ha convertido en estándar de tratamiento por diversas razones. La apendicectomía laparoscópica es un procedimiento que a diferencia de otros ha sido probado en forma prospectiva y controlada en múltiples estudios prospectivos y controlados que inclusive han sido sujetos de 10 metaanálisis, algunos de los cuales son citados por los autores.⁵⁻⁷ Los estudios de metaanálisis han variado sus resultados: por una parte algunos demuestran un gran entusiasmo por la cirugía laparoscópica donde se documentan menor tiempo de estancia hospitalaria, menor infección de sitio quirúrgico y menor tiempo de recuperación, recomendándose la utilización generalizada de esta tecnología.⁶ Otro metaanálisis encuentra que si bien se reducen las infecciones de sitio quirúrgico, hace hincapié que lo diverso y sesgado de la metodología de varios estudios hace que los resultados sean menos confiables.⁵ Finalmente, otros estudios como el de Spaventa y cols. demuestran que la técnica laparoscópica si bien tiene ventajas que pueden ser estadísticamente significativas, pueden no serlo desde el punto de vista clínico. La infección de la herida quirúrgica reducida a la mitad en un estudio de metaanálisis con la cirugía laparoscópica, se ve contrapuesta a un incremento tres veces mayor de absceso intraabdominal con esta técnica.⁸ En nuestro medio los costos de la cirugía laparoscópica son significativamente superiores a los de la cirugía abierta, situación a tenerse en cuenta en sitios con recursos limitados. Finalmente, debe establecerse que es fútil la discusión si la apendicectomía laparoscópica debe ser el estándar de tratamiento para la apendicitis aguda. Tal como lo establece uno de los metaanálisis,⁸ la laparoscopia es sólo una técnica quirúrgica y el sentido común debe regir en la práctica diaria, aplicando la técnica en aquellos casos donde ha demostrado sus mayores beneficios, tales como el grupo de pacientes obesos

¿La apendicectomía laparoscópica: estándar de tratamiento?

con apendicitis complicada o el importantísimo papel diagnóstico que juega en el difícil diagnóstico diferencial del abdomen agudo en mujeres de edad fértil. No debe olvidarse que la técnica quirúrgica debe adaptarse para cada caso en particular; sin embargo, el cirujano debe estar preparado para ofrecer al paciente las ventajas de la cirugía de mínima invasión cuando se encuentre clínicamente indicado.

REFERENCIAS

1. Franzen T, Anderberg B, Wiren M, Johansson KE. Long term outcome is worse after laparoscopic than after conventional Nissen funduplication. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40: 1261-8.
2. Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Eng J Med* 2004; 350: 2050-9.
3. Leung KL, Kwok SP, Lam SC, et al. Laparoscopic resection of rectosigmoid carcinoma: prospective randomised trial. *Lancet* 2004; 363: 1187-92.
4. Basse L, Jakobsen DH, Bardram L, et al. Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection: a randomized, blinded study. *Ann Surg* 2005; 241: 416-23.
5. Saverland S, Lefering R, Holthausen U. Laparoscopic versus conventional appendectomy a meta-analysis of randomized controlled trials. *Langenbecks Arch Surg* 1998; 383: 289-95.
6. Golub R, Siddiqui F, Pohl D. Laparoscopic versus open appendectomy: a meta-analysis. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 545-53.
7. Garbutt JM, Soper NJ, Shonnon WD. Meta – analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic and open appendectomy. *Surg Endosc* 1999; 9: 17-26.
8. Eypasch E, Sauerland S, Lefering R, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open appendectomy: between evidence and common sense. *Dig Surg* 2002; 19: 518-22.

Dr. Heriberto Medina Franco.
Cirujano General y Oncólogo.
Dirección de Cirugía.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición “Salvador Zubirán”
Vasco de Quiroga No. 15. Col. Sección XVI.
México, D.F. C.P. 14000.
Correo electrónico: herimd@hotmail.com