

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECTOMÍA ABIERTA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Laura Granados*

SUMMARY

Colon cancer is an important cause of morbi-mortality. In Costa Rica, the current incidence is 9.49% for every 100000 inhabitants, making this the fourth most common tumor in the country. Furthermore, regarding mortality it ranks fifth as the most lethal tumor in men and third in women. Surgical advances have provided alternative therapeutic options. The following article compares open colectomy versus laparoscopy in order to compare which surgical technique provides safer and better outcomes as well as diminished mortality in

the geriatric population.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal se encuentra dentro de las primeras causas de muerte por cáncer en la mayoría de países desarrollados (2). El riesgo de cáncer colorrectal es más alto en pacientes de 70 años, y el 75% de las personas con cáncer de colon son encontrados en adultos mayores de 65 años o más. En ésta revisión se analizarán las razones que respaldan que el uso de la cirugía laparoscópica podría convertirse en el tratamiento más común en el adulto mayor, disminuyendo

el trauma quirúrgico, las complicaciones perioperatorias y ayudar a la persona a retornar a sus actividades normales de una manera más pronta pero principalmente disminuyendo la morbi-mortalidad. En países de alta incidencia existe clara conciencia sobre esta enfermedad, como también que la prevención parte de una dieta saludable (7) y prevención en pacientes en los cuales existan factores de riesgo como presencia de pólipos que son precursores de este tipo de cáncer (5). Estas medidas se han descrito como efectivas en la prevención. Cuando no es posible la prevención, la cirugía seguirá

* Médico General

jugando un papel fundamental tanto en instancias curativas como paliativas.

HISTORIA

En los años 90 existió una gran revolución por el desarrollo de cirugías en las cuales se implementarán técnicas con mínimos accesos, por ésta razón es que en 1991 Jacobs y Verdeja realizaron la primera colectomía laparoscópica, sin embargo, se hicieron evidentes las dificultades de esta técnica; mayor curva de aprendizaje, mayores costos y mayor tiempo quirúrgico (3). Entre las dudas que se encontraron era si esta técnica era segura o si los médicos fueron lo suficientemente cautos para utilizar ésta técnica e implementarla. A finales de los años 90 se realizó un estudio en el cual se revisaron protocolos para determinar la seguridad de ésta técnica, los cuales además incluían estudios prospectivos aleatorizados y multicéntricos, y se concluyó que ésta técnica es una manera segura de ofrecer un tratamiento curativo para este padecimiento (4).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión de artículos que se basaron en análisis de poblaciones y bases

de datos, entre ellos uno entre los años 2005 y 2009 (9) y otro que abarcaba desde el 2008 al 2011(1) en diferentes países como lo son Estados Unidos y Países Bajos respectivamente. En el estudio realizado en Estados Unidos entre enero del 2005 a mayo del 2009 (9) se realizó una revisión retrospectiva de las consecuencias que se presentaban en los pacientes a los cuales se les realizaba una cirugía electiva por Cáncer colorrectal primario. Los criterios utilizados fueron que el paciente presentara un adenocarcinoma y que éste se encontrara al menos a 15cm por encima del margen anal. Los criterios de exclusión fueron cirugía colónica previa, evidencia de tumor recidivante, metástasis, resección multivisceral, colectomía total y ASA (4). Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo al procedimiento quirúrgico realizado: colectomía laparoscópica y colectomía abierta. En ambos grupos los pacientes estaban divididos en menores de 75 años, de 75 a 84 años y mayores de 85 años. Entre las variables incluidas fueron las complicaciones como hematoma, seroma y evisceración abdominal y complicaciones generales como cardiovasculares, nefrounurias, respiratorias, vasculares y digestivas, así como complicaciones de la cirugía como tal, por ejemplo,

dehiscencia de herida quirúrgica, infección, hemoperitoneo e íleo paralítico posoperatorio.

Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que de 662 pacientes se sometieron a procedimiento quirúrgico, de éstos 117 se excluyeron debido a metástasis, recurrencia de tumor o realización de colectomía total. De los pacientes restantes, 545, 277 fueron el grupo al cual se le realizó la cirugía laparoscópica y 268 a los cuales se les realizó colectomía abierta. De 255 casos (46.8%), presentaron cirugía con resección de colon derecho mientras que 207 pacientes (38%) fueron en colon sigmoidees. Con lo que respecta a la morbilidad y mortalidad que es el objetivo de nuestra revisión la colectomía abierta presentó altos porcentajes de morbilidad, (37.3% vs. 21.6%), asociando más complicaciones médicas (16.4% vs. 10.5%) y quirúrgicas (23.5% vs. 15.5%). La mortalidad fue de 6.7% en la colectomía abierta mientras que en la colectomía laparoscópica fue de 3.2%. Finalmente los días de hospitalización presentaron mínimas diferencias, sin embargo, éstas si fueron significativas, en la cirugía abierta en pacientes menores de 75 años se presentaron hospitalizaciones de 11.4 días mientras que en el grupo de la cirugía laparoscópica presentaron 7.8 días, en los pacientes mayores de 75 años de edad la diferencia

fue un poco más significativa; 10 días en los pacientes a los que se les realizó cirugía laparoscópica y 14.3 días en los pacientes con colectomía abierta. Además de la literatura antes mencionada, se investigó otro estudio realizado en los Países Bajos (1) donde se estudiaron pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal entre el 2008 y 2011, éstos pacientes fueron seleccionados del Netherlands Cancer Registry. Todos los pacientes con cáncer colorrectal en estadios del I al III fueron incluidos en el estudio. Los estadios fueron determinados por una escala TNM (*Tumour-Node-Metastasis*).

El tratamiento fue clasificado como aquellos pacientes que no recibieron tratamiento, los que recibieron tratamiento no quirúrgico solamente, resección de la lesión y cirugía extensa. Se estudiaron los pacientes que se les realizaron cirugía convencional y laparoscópica, del 2010 al 2011. A los pacientes a los cuales se les realizó cirugía extensa se les dividió en hemicolectomía, resección del sigmoide, procedimiento de Hartmann, resección anterior y resección abdominoperineal. Los pacientes con tumores multifocales o resecciones multisegmentarias incluyendo colectomías fueron excluidos. Los resultados obtenidos muestran la mortalidad a los 3 meses y a un año. Mortalidad

perioperatoria fue definida como aquella muerte en los primeros 30 días posteriores a la cirugía. Entre los años 2008 y 2011, 35698 pacientes fueron diagnosticados con cáncer colorrectal en estadios I y III en los países bajos. Fueron excluidos 2444 pacientes, debido a que presentaban los criterios de exclusión antes mencionados. Aproximadamente el 30% de los pacientes presentaron carcinoma en el recto y 70% en el colon. El estadio I fue diagnosticado en un 27.5% de los pacientes, el estadio II en 37.8% y el III en 34.7%.

En los pacientes a los que se les realizó cirugía laparoscópica la mortalidad perioperatoria disminuyó de 2.5 a 0.7%, a los tres meses disminuyó de 5.6 a 2.5% y a un año de 11.6 a 5.6%, mientras que la cirugía convencional incrementó la mortalidad comparada con la cirugía laparoscópica.

DISCUSIÓN

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte relacionada con cáncer tanto en hombres como en mujeres. Estudios previos han demostrado que la edad es un factor de riesgo significativo para morir después de realizada la cirugía para remover el cáncer de colon, en los adultos mayores el impacto de la edad y de los efectos adversos de ésta elevan aún más las complicaciones y la mortalidad

(10). Se ha demostrado que en éstos pacientes la mortalidad se eleva en el primer año posterior a la cirugía, sugiriendo que se presenta un impacto negativo del tratamiento, sin embargo cuando la persona sobrevive el primer año, la sobrevida relacionada con el cáncer de colon se comporta de forma similar a la de personas jóvenes (8). En países de alta incidencia existe clara conciencia sobre esta enfermedad, como también que la prevención parte de una dieta saludable y prevención en pacientes en los cuales existan factores de riesgo. Estas medidas se han descrito como efectivas en la prevención. Como objetivo terapéutico se debe intentar siempre la resección del tumor primario para evitar complicaciones. Éstos artículos nos muestran la mortalidad y morbilidad que se presenta en la población adulta mayor con carcinoma colorrectal en algunos países los cuales, nos revelan estadísticas donde existe una disminución significativa de estos dos parámetros asociado a la utilización de la cirugía laparoscópica. Los riesgos de la cirugía incrementan con la edad, debido a las comorbilidades que presenta ésta población y a la pérdida de reserva cardíaca y pulmonar.(6) Además las complicaciones son mal toleradas por los adultos mayores, por ésta razón la importancia

de la prevención, el manejo preoperatorio y perioperatorio debe ser individualizada para disminuir la morbi-mortalidad.(7) Además demuestra que la cirugía laparoscópica es ahora una de las técnicas más aplicadas en los pacientes con cáncer colorrectal debido a la evidencia que muestran algunos estudios. (4) Los estudios analizados anteriormente tienen algunas limitaciones. Una de las limitaciones que se presenta es la manera en la que se obtienen los datos, éstos son obtenidos de bases de datos, las cuales en algunos pacientes se encontraban incompletas. (1)(10) Frente a una situación de riesgo para el paciente, la conversión del acceso laparoscópico por una laparotomía formal se considera un elemento de seguridad y no como un fracaso de la técnica. Es de suma importancia, analizar las ventajas de ésta técnica de manera más sintetizada. En la actualidad, hay ratificación de que los costos totales son similares e incluso menores si se considera la estadía hospitalaria y el reintegro laboral.

CONCLUSIÓN

Según los datos analizados, la colectomía laparoscópica en pacientes a los cuales se les debe realizar resección de manera electiva muestra ventajas en la prevención de las complicaciones

tempranas en los pacientes menores de 85 años, ésta técnica mostró ser más segura y mejor tolerada que la cirugía abierta convencional. El uso de la técnica debe valorarse de manera individual en los adultos mayores. Se deben tomar en cuenta las ventajas que ésta tiene y utilizar aquella técnica que minimice daños y que mejore de manera más adecuada las condiciones del paciente y así reducir la morbilidad y la mortalidad de ésta población.

RESUMEN

El cáncer de colon es una de las principales causas de muerte, Costa Rica no es la excepción, actualmente tiene una incidencia de 9.49% por cada 100000 habitantes, convirtiéndolo en el cuarto tumor más frecuente en el país, mientras que en las mujeres ocupa el sexto lugar en incidencia con un 9.22%. (11) Además, en mortalidad es el quinto tumor más letal en hombres y en mujeres se convirtió en la tercera causa de muerte más frecuente.

La cirugía ha significado un importante avance terapéutico, por esta razón se compararán métodos como la cirugía laparoscópica y la colectomía abierta para por medio de esta comparación demostrar cuál de las técnicas es la más segura en términos oncológicos y con

mejores resultados en cuanto a mortalidad en personas adultas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamaker M, Schiphorst A, Verweij N, Pronk A (2014) Improved survival for older patients undergoing surgery for colorectal cancer between 2008 and 2011. *Int J Colorectal Dis*
2. Hermans E, van Schaik PM, Prins HA, Ernst MF, Dautzenberg PJ, Bosscha K (2010) Outcome of colonic surgery in elderly patients with colon cancer. *J Oncol* 2010: 865908
3. López F, Kronberg U, Heinert C, Wainstein C, Larach A, Larach J (2008) Cirugía laparoscópica en cáncer de colon. *Rev. Med. Clin. Condes* – 2008; 19(4) 405 – 411.
4. Merlin F, Prochilo T, Tondulli L, Kildani B, Beretta GD (2008) Colorectal cancer treatment in elderly patients: an update on recent clinical studies. *Clin Colorectal Cancer* 7:357-363.
5. Pallis AG, Papamichael D, Audisio R, Peeters M, Folprecht G, Lacombe D, Van Cutsem E (2010) EORTC Elderly Task Force experts opinion for the treatment of colon cancer in older patients. *Cancer Treat Rev* 36:83-90.
6. Pawa N, Cathcart PL, Arulampalam TH, Tutton MG, Motson RW (2012) Enhanced recovery program following colorectal resection in the elderly patient. *World J Surg* 36: 415-423
7. Scott NA, Jeacock J, Kingston RD (1995) Risk factors in patients presenting as an emergency with colorectal cancer. *Br J Surg* 82: 321-323.

8. Schwenk W, Haase O, Neudecker J, Muller Jm (2005) Short term benefits for laparoscopic colorectal resection. Cochrane Database Syst Rev CD003145.
9. Vallribera F, Landi F, Espín E, Sánchez J, Jiménez L (2014) Laparoscopy-assisted versus open colectomy for treatment of colon cancer in the elderly: morbidity and mortality outcomes in 545 patients. Surg Endosc.
10. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ et al (2005) Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomized trial. Lancet Oncol 6: 477-484
11. Young L, J. C. (2013). Tumores en Costa Rica: Énfasis en Cáncer colorrectal. Revista Médica de la Universidad de Costa Rica, Volumen 7, Número 1.