



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Cirugía colorrectal

N. Salgado-Nesme, A. Navarro-Navarro y H. A. Luna-Torres

Departamento de Cirugía/División de Cirugía Colo-Rectal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Recibido el 2 de junio de 2016; aceptado el 27 de junio de 2016

Cirugía colorrectal

Cáncer de recto: ¿abordaje laparoscópico o abierto?

La resección quirúrgica es el tratamiento primario para el cáncer de recto (CR). Debido en gran parte a la adhesión de los principios oncológicos en la escisión total del mesorrecto (ETM), descrita por Heald, y al advenimiento de la radioterapia, los resultados han mejorado. Por una parte, la radioterapia demostró en el estudio noruego que los pacientes con cáncer de recto tratados sólo con cirugía, sin radioterapia, con un margen circunferencial (MC) de 2 mm presentaban un 18% de recurrencia local en el seguimiento a 5 años.¹ Por otro lado, la escisión total del mesorrecto, que contiene los ganglios linfáticos y el tumor, es de suma importancia para obtener buenos resultados y disminuir las tasas de recurrencia local (2%). Actualmente, se considera exitosa una resección cuando cumple los siguientes criterios: calidad en el mesorrecto extirpado y margen circunferencial (MC) y distal (MD) libres de enfermedad, ya que estos tres aspectos tienen un impacto en la recurrencia local y la supervivencia a largo plazo.²

El estudio COST demostró que la cirugía laparoscópica es igual de segura y efectiva que la cirugía abierta para tratar

el cáncer de colon en cuanto a supervivencia y calidad de resección oncológica. Además de que proporciona los beneficios del abordaje laparoscópico, como menor estancia hospitalaria, pérdida de sangre y reducción del tiempo de incorporación a las actividades diarias. Sin embargo, existe controversia entre la resección abierta y la resección laparoscópica como método de elección en pacientes con CR, y el consenso sobre la equivalencia, superioridad o no inferioridad entre estos procedimientos sigue en duda. No obstante, algunos estudios multicéntricos han tratado de esclarecer este problema. A continuación, se discuten los principales estudios sesionados en el Foro de Cáncer de Recto llevado a cabo en el congreso de la ASCRS (American Society of Colorectal Surgeons) realizado en Los Ángeles, California, del 1 al 5 de mayo de 2016.

Jayne y cols., en el estudio UK MRC CLASICC, analizaron a 794 pacientes con seguimiento a 3 años. Demostraron una supervivencia similar en cáncer de colon y recto, así como tasas similares de recurrencia local en ambos grupos (9.7% vs. 10.1%). Se informó una mayor positividad del MC después de la resección anterior laparoscópica (RAL), pero no significó un aumento de la incidencia de recidiva local.³

Seung-Yong y cols. realizaron un estudio de no inferioridad, COREAN Trial, del 2006 al 2009, donde incluyeron 340 pacientes con cáncer del tercio medio y distal de recto

(cT3N0-2M0) que recibieron quimiorradioterapia neoadyuvante. Se hizo evidente que no existe una diferencia entre ambos grupos en cuanto a los márgenes de resección, calidad de la escisión total mesorrectal, número de ganglios cosechados, supervivencia y morbilidad. Por lo tanto, los autores concluyen que la cirugía laparoscópica no es inferior a la resección abierta.⁴ Sin embargo, un factor determinante e importante de mencionar en este estudio fue la media de índice de masa corporal de la población estudiada (IMC = 24), lo que lo hace poco reproducible o comparable en nuestra población mexicana.

Del 2004 al 2010 se realizó el mayor ensayo aleatorizado, COLOR II, en 30 centros de ocho países. En este estudio se demostró que la cirugía laparoscópica para el tratamiento de cáncer de recto sin invasión de estructuras adyacentes es segura, efectiva y con menores tasas de recurrencia comparado con la cirugía abierta.⁵ Sin embargo, existen varios puntos a discutir sobre este estudio. Dentro de los puntos a favor de su diseño estuvo la selección de los cirujanos, ya que tenían que cumplir con cierto número de procedimientos para poder ser incluidos; además, los videos grabados fueron seleccionados de manera aleatoria. Otro punto a favor es que el MC actualmente es considerarlo un marcador de calidad en la cirugía de cáncer de recto, ya que tiene un impacto directo en la recurrencia local de la enfermedad; en este estudio fue catalogado como negativo cuando era mayor de 2 mm. Gracias a este estudio se demostró el estándar actual de recurrencia local (< 5%). Las desventajas fueron que se incluyeron pacientes con tumores altos y los autores no describen de manera exacta el número de pacientes que aportó cada cirujano y centro al análisis.

Otro estudio que demostró una tendencia estadística a favor del abordaje laparoscópico fue el estudio inglés ENROL, cuyos hallazgos muestran que la cirugía laparoscópica reduce significativamente la estancia hospitalaria (5 vs. 7; $p = 0.03$). Sin embargo, no existe diferencia en las escalas de fatiga, bienestar mental y físico, y en la calidad del espécimen extirpado entre ambos grupos.⁶ Una de las fortalezas de este estudio es su riguroso análisis patológico de las piezas quirúrgicas.

En dos estudios multicéntricos de no inferioridad, similares, con un exigente control de calidad para la elegibilidad de los cirujanos, ACOSOG (EE.UU. y Canadá) y ALaCaRT (Australia y Nueva Zelanda), no se demostró la no inferioridad de la cirugía laparoscópica al compararla con la cirugía abierta, ya que en ambos estudios el objetivo final era valorar el éxito de la resección (ACOSOG 81.7% laparoscópico vs. 86.9% abierto, margen de no inferioridad de -5.3%, $p = 0.41$; ALaCaRT 82% laparoscópico vs. 89% abierto, margen de no inferioridad -0.7%, $p = 0.38$) y MC negativo (ALaCaRT 93% laparoscópico vs. 97% abierto, $p = 0.6$; ACOSOG 87.9% laparoscópico vs. 92.3% abierto, $p = 0.11$).^{2,7}

Por último, con la introducción de la cirugía laparoscópica asistida por robot, usando el sistema Da Vinci®, se propone eliminar muchas de las dificultades técnicas inherentes a la cirugía laparoscópica estándar y demostrar beneficios en cirugías que requieren de mucha precisión en espacios cerrados, como es el caso de la cirugía rectal. La desventaja obvia de este sistema es el costo-beneficio. En el estudio de superioridad ROLARR, donde compararon la cirugía laparoscópica vs. la cirugía robótica (234 vs. 237), se observó una menor tasa de conversión en cirugía robótica; sin embargo, no fue

estadísticamente significativa. Existió una tendencia a beneficiar la cirugía robótica sin significancia estadística en hombres, pacientes obesos y resecciones anteriores bajas. La tasa de margen circunferencial positivo en ambos grupos fue de 5.6%.⁸ Existe un solo estudio donde se comparan los tres abordajes en 14,033 pacientes de la base de datos de cáncer de Estados Unidos. En este estudio, Zhifei y cols. demostraron que no existe diferencia en cuanto a la resección en ganglios, márgenes positivos, mortalidad a 30 días y supervivencia en pacientes tratados con cirugía de mínima invasión (laparoscopia y robótica) en comparación con cirugía abierta.⁹ Este estudio presenta un sesgo, porque la selección de los pacientes para cada intervención fue a criterio del cirujano.

En la actualidad no se ha demostrado que la cirugía laparoscópica para cáncer de recto sea igual de efectiva que la cirugía abierta.

Diverticulitis Hinchey III: ¿Lavado laparoscópico o Hartmann?

Debido a la alta mortalidad de la sigmoidectomía en el tratamiento de la enfermedad diverticular Hinchey III (DHIII), se han considerado opciones menos agresivas que el procedimiento de Hartmann (PH), como el lavado laparoscópico, para dichos pacientes. Existen dos estudios, presentados en el congreso antes mencionado, que fueron diseñados para demostrar la superioridad entre lavado laparoscópico vs. PH. Uno de ellos, el estudio DILALA (Suecia y Dinamarca), en el cual del 2010 al 2014 se incluyeron sólo pacientes con DHIII (39 laparotomías vs. 36 abierto), demostró que el lavado laparoscópico es viable y seguro. Sin embargo, la morbimortalidad fue la misma en ambos grupos.¹⁰ Por otra parte, el estudio LADIES, donde se dividieron los pacientes en dos brazos [LOLA (lavado laparoscópico vs. sigmoidectomía) y DIVA (Hartmann vs. sigmoidectomía con anastomosis primaria)], fue concluido de manera anticipada por la junta de supervisión de datos y seguridad por la alta mortalidad en el grupo LOLA (39 vs. 19%) y las reintervenciones a corto plazo (28 reintervenciones de 47).¹¹

El lavado laparoscópico es una técnica que no parece efectiva para lo que fue creada: disminuir la morbimortalidad de los pacientes con DHIII; sin embargo, es necesario esperar los resultados de estudios que incluyan pacientes en la actualidad.

Financiamiento

El autor no recibió financiamiento para este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Bernstein T, Endreseth B, Romundstad P, et al. Circumferential resection margin as a prognostic factor in rectal cancer. *Br J Surg* 2009;96:1348-1357.
- Stevenson A, Solomon M, et al. Australian laparoscopic cancer of the rectum trial (ALaCaRT). Symposium: Rectal cancer one:

- “The trials of rectal cancer”. Presentado en: ASCRS; 2016, Abril 30-Mayo 4. Los Ángeles, CA.
3. Jayne D, Guillou P, Thorpe H, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC trial group. *Clin Oncol* 2007;25:3061-3068.
 4. Jeong S, Park Ji, Nam B, et al. Open versus laparoscopic surgery for mid to low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN Trial). Symposium: Rectal Cancer One: “The Trials of Rectal Cancer” presentado en: ASCRS; 2016, abril 30-mayo 4; Los Ángeles, CA.
 5. Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, et al. Laparoscopic vs. open surgery for rectal cancer (COLOR II). Symposium: Rectal Cancer One: “The Trials of Rectal Cancer”, presentado en: ASCRS; 2016 Abril 30-Mayo 4; Los Ángeles, CA.
 6. Kennedy R, Francis EA, Wharton R, et al. Conventional versus laparoscopic surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme (EnROL). Symposium: Rectal cancer one: “The trials of rectal cancer” presentado en: ASCRS; 2016, abril 30-mayo 4. Los Ángeles, CA.
 7. Fleshman J, Branda M, Sargent D, et al. Effect of laparoscopic-assisted or open resection for treating patient with rectal cancer (Z6051study). Symposium: Rectal cancer one: “The trials of rectal cancer” presentado en: ASCRS; 2016, abril 30-mayo 4. Los Ángeles, CA.
 8. Collinson F, Jayne D, Pigazzi A, et al. Robotic-assisted vs. standard laparoscopic resection for rectal cancer (ROLARR study). Symposium: Rectal cancer one: “The trials of rectal cancer” presentado en: ASCRS; 2016, abril 30-mayo 4. Los Ángeles, CA.
 9. Sun Z, Kim J, Adam M, et al. Minimally invasive versus open low anterior resection: Equivalent survival in a national analysis of 14,033 patients with rectal cancer. *Ann Surg.* 2016;263(6):1152-8.
 10. Angenete E, Thornell A, Burcharth J, et al. Laparoscopic lavage is feasible and safe for the treatment of perforated diverticulitis with purulent peritonitis. The first results from the randomized controlled (DILALA study). Symposium: Current management of diverticulitis: “Novel therapeutic techniques for the management of complicated diverticulitis” presentado en: ASCRS; 2016, abril 30-mayo 4. Los Ángeles, CA.
 11. Vennix S, Musters G, Mulder I, et al. Laparoscopic peritoneal lavage or sigmoidectomy for perforated diverticulitis with purulent peritonitis. (LADIES study) Symposium: Current management of diverticulitis: “Novel therapeutic techniques for the management of complicated diverticulitis” presentado en: ASCRS; 2016, abril 30-mayo 4. Los Ángeles, CA.