



Tratamiento quirúrgico del cáncer del colon izquierdo

I. Pirlet, N. Mercier, J.-M. Fabre

La cirugía laparoscópica del cáncer de colon no compromete los resultados cuando la realizan cirujanos que dominan la técnica y si se usa en tumores localmente no avanzados. Ha permitido reducir la duración de la hospitalización y mejorar la comodidad postoperatoria del paciente, sobre todo si se asocia a programas de rehabilitación rápida, y también es posible que haya reducido la incidencia de complicaciones parietales y de adherencias abdominales. Salvo en casos urgentes, el tratamiento quirúrgico de un cáncer del colon izquierdo está indicado después de un estudio de extensión completo que conste de una laparoscopia diagnóstica y una tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica, que es preferible a la ecografía hepática con radiografía del tórax. La resección oncológica mediante laparoscopia o laparotomía engloba un segmento cólico que pasa, como mínimo, a 5 cm en sentido distal y proximal al tumor, todo el mesocolon contiguo, con una ligadura proximal de los vasos de manera que permita una linfadenectomía adecuada. Se recomienda analizar al menos 12 ganglios regionales. Cuando el tumor sobrepasa la serosa cólica (T4) e invade un órgano adyacente, se aconseja realizar una resección en «monobloque». La técnica laparoscópica no se recomienda en cirugía de urgencia por perforación u oclusión debida a cáncer de colon o en tumores localmente avanzados (T4). La prescripción de una inmunonutrición preoperatoria durante 5-7 días se recomienda en todos los pacientes sometidos a cirugía digestiva oncológica mayor. En los pacientes con desnutrición preoperatoria, debe continuarse en el postoperatorio durante 1 semana o hasta la reanudación de la alimentación oral, asegurando al menos el 60% de las necesidades nutricionales.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cáncer del colon izquierdo; Colectomía laparoscópica; Colectomía por laparotomía

Plan

<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción 1 ■ Principios quirúrgicos 2 ■ Resultados de la cirugía 3 <ul style="list-style-type: none"> Morbimortalidad después de la cirugía abierta y laparoscópica 3 Contraindicaciones del acceso laparoscópico y conversión 3 ■ Preparación del paciente 3 <ul style="list-style-type: none"> Preparación del colon 3 Profilaxis antibiótica 3 Inmunonutrición intraoperatoria 3 Profilaxis tromboembólica 4 ■ Colectomía izquierda por vía laparoscópica 4 <ul style="list-style-type: none"> Colocación del paciente, preparación, ubicación de los trocares 4 Tiempos quirúrgicos 4 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colectomía izquierda por laparotomía 7 ■ Situaciones especiales 7 <ul style="list-style-type: none"> Cáncer oclusivo del colon izquierdo 7 Cáncer perforado del colon izquierdo 9 Cáncer del ángulo izquierdo 9 Colectomía por pólipo degenerado tras polipectomía endoscópica 9
---	--

■ Introducción

Las primeras descripciones de colectomía laparoscópica por cáncer se remontan a comienzos de la década de 1990^[1,2]. A partir de 1994, se iniciaron varios ensayos internacionales aleatorizados: el ensayo Conventional versus Laparoscopic-Assisted Surgery in Patients with Colorectal Cancer (CLASICC) en Inglaterra, el ensayo europeo Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection

(COLOR) y el ensayo Clinical Outcomes of Surgical Therapy (COST) en Estados Unidos. La viabilidad técnica y el respeto de las exigencias oncológicas se demostraron en las primeras publicaciones [3-6]. A comienzos de la década de 2000, los resultados preliminares de los ensayos COLOR y COST demostraron que no había ninguna diferencia entre colectomía laparoscópica y colectomía convencional respecto a las exigencias oncológicas (longitud de la pieza, número de ganglios analizados, márgenes de resección), con ventajas a favor de la laparoscopia en términos de reducción del tiempo de hospitalización, de disminución de consumo de analgésicos, de reanudación de la alimentación y de recuperación más rápida [7-9]. La duración media de la intervención era significativamente mayor con la laparoscopia.

En 2005, en el ensayo CLASICC se observó solo un beneficio para la laparoscopia en lo referente a la reducción del tiempo de hospitalización en detrimento de una prolongación de la duración de la intervención. La mortalidad y la morbilidad postoperatorias eran equivalentes entre ambas técnicas [10]. En el ensayo COLOR, de 2005, se observó una recuperación más rápida de las funciones digestivas gracias a la laparoscopia [11].

Muchos metaanálisis [12, 13] han confirmado:

- la ausencia de diferencia entre colectomía laparoscópica o laparotomía en cuanto a la morbimortalidad postoperatoria, según los criterios de una resección oncológica;
- las ventajas de la cirugía laparoscópica respecto a una recuperación más rápida, un menor consumo de analgésicos y la reducción del tiempo de hospitalización;
- una duración mayor de la intervención para la colectomía laparoscópica, sobre todo al inicio de la experiencia.

En 2005, la base de datos Cochrane concluyó que «la colectomía laparoscópica presentaba ventajas reales en los pacientes seleccionados y que, aunque los resultados a largo plazo eran equivalentes a los de la cirugía convencional, se debería preferir la vía de acceso laparoscópico» [14].

En 2008, la base de datos Cochrane publicó estos resultados a largo plazo mediante el análisis de 12 ensayos aleatorizados que incluían 3.346 pacientes. No había ninguna diferencia significativa entre laparoscopia y cirugía abierta para los parámetros siguientes: tasa de recidiva tumoral local (5,2% frente al 5,6%), tasa de aparición de metástasis a distancia (11,3% frente al 13,6%), mortalidad relacionada con la evolución tumoral (14,6% frente al 16,4%), mortalidad global (20,4% frente al 23,6%), tasa de eventración (7,99% frente al 10,9%), tasa de reintervención por eventración (4% frente al 2,8%), tasa de reintervención por bridas (1,1% frente al 2,5%) [15].

Los resultados del ensayo CLASICC se publicaron en 2007 y después en 2010, con un seguimiento medio de 5 años para todos los pacientes. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la supervivencia global a los 5 años (55,7% para la laparoscopia frente al 62,7% para la cirugía abierta), la supervivencia sin recidiva (64% frente al 57,6%), la tasa de recidiva local y a distancia, así como la tasa de implantación parietal. El estudio de la calidad de vida no mostró diferencias significativas entre ambas técnicas [16, 17].

De forma paralela, los resultados del ensayo COST se publicaron en 2004 y 2007, con un seguimiento medio de 7 años, sin que se describiera ninguna diferencia entre ambas técnicas en cuanto a la supervivencia global (76,4% para la laparoscopia frente al 74,6% para la técnica abierta), la supervivencia sin recidiva (69,2% frente al 68,4%) o la tasa de recidiva (19,4% frente al 21,8%) [18, 19]. Este ensayo confirma de nuevo la «ausencia de inferioridad de la cirugía laparoscópica» respecto a la cirugía convencional en el tratamiento curativo del cáncer de colon.

En 2009, se publicaron los resultados a largo plazo del ensayo COLOR, con una mediana de seguimiento

de 53 meses. La supervivencia global y sin recidiva a los 3 años fue del 81,8 y 74,2% para la colectomía laparoscópica frente al 84,2 y 76,2% por vía convencional [20].

Sólo Lacy et al describieron, en 2002 y después en 2008 (mediana de seguimiento de 95 meses), una mejora de la supervivencia global para los pacientes operados con laparoscopia. En el análisis multivariante, se identifican dos parámetros independientes que influyen de forma significativa en la supervivencia global (la presencia de extensión ganglionar y el tipo de la técnica quirúrgica). También se aprecia la misma tendencia si se tiene en cuenta la supervivencia específica, en la que el análisis multivariante pone de manifiesto tres parámetros independientes (N+, técnica quirúrgica y concentración de antígeno carcinoembrionario preoperatorio >2,8). De nuevo, sólo los pacientes con tumores de estadio III presentan una mejoría significativa de supervivencia cuando se operan con laparoscopia. La explicación podría radicar en la preservación de la inmunidad celular, la atenuación de la respuesta inflamatoria postoperatoria, la manipulación tumoral mínima y la menor tasa de complicaciones con la laparoscopia [21, 22].

Por tanto, la cirugía laparoscópica del cáncer de colon no compromete los resultados cuando la realizan cirujanos con experiencia técnica y en tumores localmente no avanzados. Ha permitido reducir la duración de la hospitalización y mejorar la comodidad postoperatoria del paciente, sobre todo si se asocia a programas de rehabilitación rápida, así como reducir la incidencia de complicaciones parietales y de adherencias abdominales [23].

Por consiguiente, aunque la colectomía laparoscópica se ha convertido progresivamente en la técnica de referencia, la colectomía por laparotomía denominada «por vía convencional» sigue siendo una alternativa justificada para los cirujanos con un dominio insuficiente de la técnica laparoscópica.

■ Principios quirúrgicos

A excepción de los casos urgentes, el tratamiento quirúrgico de un cáncer del colon izquierdo está indicado después de un estudio de extensión completo que conste de una laparoscopia diagnóstica y una tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica, que es preferible a una ecografía hepática con radiografía de tórax. En la cirugía laparoscópica, debido a la pérdida de la palpación manual, es fundamental conocer con la mayor precisión posible la topografía del tumor, sobre todo cuando es pequeño y no provoca ninguna retracción serosa o en caso de pólipo degenerado tratado inicialmente mediante polipectomía endoscópica. El marcado de la zona de polipectomía con clips o mediante tatuaje puede mejorar la localización de la zona diana, al igual que el uso de endoscopia intraoperatoria. La distancia entre el tumor y el margen anal, medida durante la colonoscopia, no siempre refleja la realidad anatómica. Hay que prestar atención a los tumores situados en los dos extremos: ángulo cólico izquierdo y unión rectosigmoidea, y no dudar en realizar una TC del colon para una localización más precisa. En todos los casos, se debe abrir de forma sistemática la pieza quirúrgica para asegurarse de la presencia del tumor y para evaluar los márgenes.

La resección oncológica incluye un segmento del colon que pasa como mínimo a 5 cm en sentido distal y proximal al tumor, todo el mesocolon contiguo, con una ligadura proximal de los vasos que permita una linfadenectomía adecuada. Se recomienda analizar al menos 12 ganglios regionales. El aislamiento del tumor con una doble ligadura de exclusión (sin contacto) y la ligadura en primer lugar de los vasos ya no están justificadas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287121>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287121>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)