



Original

Aprendizaje de la cirugía del cáncer de recto por laparoscopia sin aumento de la morbimortalidad

Juan Luján*, Antonio Gonzalez, Jesús Abrisqueta, Quiteria Hernandez, Graciela Valero, Israel Abellán, María Dolores Frutos y Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de enero de 2013

Aceptado el 15 de marzo de 2013

On-line el 23 de enero de 2014

Palabras clave:

Cáncer de recto

Aprendizaje

Laparoscopia

RESUMEN

Introducción: El tratamiento del cáncer de recto por laparoscopia es controvertido por su complejidad técnica. Estudios prospectivos aleatorizados han demostrado claras ventajas para el paciente, con resultados oncológicos equiparables a la cirugía abierta, aunque durante el aprendizaje de esta cirugía puede existir un aumento de las complicaciones y peor pronóstico.

Objetivo: Nuestro objetivo es analizar cómo influye la curva de aprendizaje del cáncer de recto por vía laparoscópica en los resultados intra y postoperatorios, así como en los marcadores oncológicos.

Pacientes y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los 120 primeros pacientes intervenidos de neoplasia de recto por vía laparoscópica. La población a estudio se ordenó cronológicamente por fecha de intervención y se dividió en un primer grupo que contenía las 40 primeras intervenciones, y un segundo grupo que contenía las 80 siguientes. Las intervenciones fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico con una amplia experiencia en el tratamiento del cáncer colorrectal abierto, además de estar capacitados para realizar cirugía laparoscópica avanzada. Se analizaron sexo, ASA, localización del tumor, neoadyuvancia, técnica quirúrgica, tiempo operatorio, conversión, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria, número de ganglios, estadio y afectación de márgenes. **Resultados:** Se observaron diferencias significativas en cuanto a tiempo quirúrgico (224 min en el primer grupo, 204 min en el segundo grupo), con una mayor tasa de conversión en el primer grupo (22,5%) frente al segundo (11,3%). No se apreciaron diferencias significativas en cuanto a la tasa de cirugía conservadora de esfínteres, estancia hospitalaria, complicaciones posquirúrgicas, número de ganglios afectos/aislados ni márgenes circunferencial y distal afectos.

Conclusión: Es posible realizar el aprendizaje de esta compleja cirugía sin comprometer la seguridad y resultado oncológico del paciente.

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanlujan@telefonica.net (J. Luján).

0009-739X/\$ - see front matter © 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.03.013>

The learning curve of laparoscopic treatment of rectal cancer does not increase morbidity

ABSTRACT

Keywords:
Rectal cancer
Learning
Laparoscopy

Introduction: The treatment of rectal cancer via laparoscopy is controversial due to its technical complexity. Several randomized prospective studies have demonstrated clear advantages for the patient with similar oncological results to those of open surgery, although during the learning of this surgical technique there may be an increase in complications and a worse prognosis.

Objective: Our aim is to analyze how the learning curve for rectal cancer via laparoscopy influences intra- and postoperative results and oncological markers. A retrospective review was conducted of the first 120 patients undergoing laparoscopic surgery for rectal neoplasia. The operations were performed by the same surgical team with a wide experience in the treatment of open colorectal cancer and qualified to perform advanced laparoscopic surgery. We analyzed sex, ASA, tumour location, neoadjuvant treatment, surgical technique, operating time, conversion, postoperative complications, length of hospital stay, number of lymph nodes, stage and involvement of margins.

Results: Significant differences were observed with regard to surgical time (224 min in the first group, 204 min in the second group), with a higher rate of conversion in the first group (22.5%) than in the second (11.3%). No significant differences were noted for rate of conservative sphincter surgery, length of hospital stay, post-surgical complications, number of affected/isolated lymph nodes or affected circumferential and distal margins.

Conclusions: It is possible to learn this complex surgical technique without compromising the patient's safety and oncological outcome.

© 2013 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Diversos estudios han demostrado que el tratamiento del cáncer de colon por vía laparoscópica tiene resultados oncológicos similares a la cirugía abierta, sin aumentar la morbimortalidad y ofreciendo al paciente las ventajas de la cirugía laparoscópica¹⁻⁴.

Sin embargo, la cirugía laparoscópica en el cáncer de recto es más controvertida por su complejidad técnica, debido a su localización anatómica, necesidad de realizar una escisión total mesorrectal (ETM) con márgenes adecuados, la continuidad con el aparato esfinteriano y su vecindad con el plexo hipogástrico. Aun así, cada vez son más los estudios que demuestran que la cirugía laparoscópica en el cáncer de recto tiene unos resultados oncológicos y funcionales similares a los de la cirugía abierta⁵⁻⁹.

El aprendizaje de esta cirugía es técnicamente más complejo que la cirugía de resección colónica, y el adquirir la capacitación en la cirugía laparoscópica avanzada sigue siendo uno de los obstáculos para la aplicación generalizada de la cirugía laparoscópica colorrectal. Esta cirugía requiere la identificación de planos tisulares, sin lesionar las estructuras vecinas, como la próstata, la vagina y el plexo nervioso hipogástrico, entre otras, además de restaurar, en la gran mayoría de las ocasiones, el tránsito intestinal con anastomosis colorrectal, a veces de gran complejidad. Es necesario un período de formación inicial y poder alcanzar, mediante la repetición continua del proceso, la experiencia necesaria para realizar estos procedimientos complejos con seguridad, sin aumentar la morbimortalidad de esta cirugía

ni comprometer los resultados oncológicos a largo plazo. Así, se ha descrito una mayor positividad del margen circunferencial¹⁰ y un aumento de fugas anastomóticas¹¹ cuando se utiliza la cirugía laparoscópica para la resección de recto.

En este estudio presentamos los resultados a corto plazo del aprendizaje de la resección del cáncer de recto por vía laparoscópica y las consecuencias que ha tenido para el paciente la curva de aprendizaje del cirujano.

Pacientes y método

Se realizó revisión retrospectiva de los 120 primeros pacientes intervenidos de neoplasia de recto por vía laparoscópica en nuestro hospital con histología de adenocarcinoma. La población a estudio se ordenó cronológicamente por fecha de intervención, y se dividió en un primer grupo que contenía las 40 primeras intervenciones y un segundo grupo que contenía las 80 siguientes. Fueron excluidos al inicio de la serie aquellos pacientes con índice de masa corporal (IMC) superior a 35 y los pacientes con cáncer de recto en su tercio inferior; conforme el cirujano fue adquiriendo experiencia estos pacientes se fueron incluyendo. Todos los pacientes fueron estudiados mediante exploración física, tacto rectal, colonoscopia total más biopsia, rectoscopia rígida, ecografía anorrectal, tomografía computarizada torácica y abdominal, resonancia magnética nuclear de recto y enema opaco en los pacientes sin colonoscopia completa. El anestesista valoró de forma preoperatoria a todos los pacientes y se determinó el score de la American Society of Anesthesiologist (ASA).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252556>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252556>

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