

Laparoscopia colorrectal en Canarias. Estudio multicéntrico en 144 pacientes

Iván Arteaga^a, Antonio Martín^a, Hermógenes Díaz^b, Marcos Alonso^b, José Ramírez^c, Gonzalo Gómez^d, Josep Rius^e, Enrique Moneva^b, Joaquín Marchena^d, Arturo Soriano^b y Ángel Carrillo^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

^bServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

^cServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Clínica San Roque. Las Palmas de Gran Canaria. España.

^dServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

^eServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital San Juan de Dios. Santa Cruz de Tenerife. España.

Resumen

Introducción. Analizar los resultados a corto plazo de la cirugía laparoscópica colorrectal (CLCR) en Canarias.

Material y métodos. Enviamos una encuesta a los hospitales que realizan esta actividad y obtuvimos retrospectivamente datos sobre las variables demográficas, peroperatorias y anatomopatológicas de 144 pacientes intervenidos de CLCR desde mayo de 1993 hasta mayo de 2003.

Resultados. Se intervino quirúrgicamente a 65 varones y 79 mujeres, 68 (47,2%) en los últimos 16 meses del período estudiado. Se realizaron 126 procedimientos colónicos y 18 rectales. El procedimiento más realizado fue la sigmoidectomía, con 85 casos (59%). El adenocarcinoma, con 73 casos (50%), fue el diagnóstico más habitual, y la diverticulosis, con 36 casos (25%), fue el segundo en frecuencia.

Los valores medios de las variables estudiadas fueron: índice de masa corporal medio, 27,3 (rango, 22-35); tiempo quirúrgico, 175 min (rango, 60-255), y pérdidas hemáticas, 183,6 ml (rango, 50-500). La peristalsis se presentó a las 45 h, la dieta oral se inició a las 67 h y la estancia hospitalaria media global fue de 7,8 días (rango, 3-30). Los pacientes que presentaban complicaciones tuvieron una estancia significativamente mayor (14,5 frente a 6,4 días; $p < 0,01$). Hubo 7 conversiones (4,86%).

No se registró ninguna muerte. La tasa de morbilidad global fue del 28%. La complicación precoz más frecuente fue la infección de la herida en 9 ocasiones (6,2%). Se detectaron 5 casos de fuga anastomótica (3,4%).

Conclusiones. La CLCR se ha mostrado como una técnica segura y eficaz, y su uso se ha incrementado en todos los centros consultados en el último año. La aparición de complicaciones posquirúrgicas fue el factor que más influyó en la estancia hospitalaria.

Palabras clave: Estudio multicéntrico. Colectomía laparoscópica. Estancia hospitalaria. Resultados a corto plazo.

COLORECTAL LAPAROSCOPY IN THE CANARY ISLANDS. A MULTICENTER STUDY OF 144 PATIENTS

Introduction. To analyze the short-term results of laparoscopic colorectal surgery (LCRS) in the Canary Islands.

Material and methods. A questionnaire was sent to hospitals performing laparoscopy and retrospective data on demographic, perioperative and pathological variables in 144 patients who underwent LCRS between May 1993 and May 2003 were obtained.

Results. Sixty-five men and 79 women underwent colon (n=126) and rectal (n=18) surgery in the last 16 months of the study period. The most frequently performed procedure was sigmoidectomy in 85 patients (59%). The most frequent diagnosis was colon adenocarcinoma in 73 patients (50%), followed by diverticular disease in 36 patients (25%).

The mean values of the variables studied were: body mass index, 27.3 (range, 22-35); operating time, 175 min (range, 60-255); blood loss, 183.6 ml (range, 50-500). Peristalsis reinitiated at 45 h; oral diet was introduced at 67 h and the overall mean length of hospital stay was 7.8 days (range, 3-30). The length of hospital stay was significantly longer in patients with complications (14.5 vs 6.4; $p < .01$). There were 7 conversions (4.86%).

There were no perioperative deaths. The overall morbidity rate was 28%. The most frequent early complication was surgical wound infection in 9 pa-

Correspondencia: Dr. I. Arteaga González.
Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital Universitario de Canarias.
Horacio Nelson, 29. 38006 Santa Cruz de Tenerife. España.
Correo electrónico: ivanhuc@hispavista.com

Manuscrito recibido el 20-5-2004 y aceptado el 6-9-2004.

tients (6.2%). Anastomotic leak was detected in 5 patients (3.4%).

Conclusions. LCRS has been shown to be a safe and effective technique that has recently increased in the centers surveyed. The factor with the greatest influence on length of hospital stay was the development of postoperative complications.

Key words: Multicenter study. Laparoscopic colectomy. Hospital stay. Short-term results.

Introducción

Los avances tecnológicos han permitido introducir la cirugía laparoscópica en el tratamiento de las enfermedades colorrectales¹. Sin embargo, mientras que la cirugía laparoscópica colorrectal (CLCR) fue rápidamente aceptada para el tratamiento de condiciones benignas, diversas razones frenaron la utilización de la laparoscopia en el tratamiento del cáncer colorrectal². El conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos implicados en la diseminación tumoral³⁻⁵ y la respuesta inmunitaria a la agresión quirúrgica, así como los resultados obtenidos en centros de excelencia⁶⁻⁹, han contribuido a la difusión de la técnica en nuestros hospitales.

Dos años después de que Jacobs comunicara la primera colectomía laparoscópica¹⁰, en mayo de 1993, se inicia en Canarias esta actividad. Tras 10 años de experiencia, presentamos los resultados de un estudio retrospectivo multicéntrico en relación con la CLCR realizado en nuestra Comunidad durante este período.

Material y métodos

Enviamos a diferentes hospitales una encuesta que constaba de 2 partes, una primera con preguntas relacionadas con los recursos disponibles en el centro para el desarrollo de esta actividad y sobre distintos aspectos técnicos de la colectomía, y una segunda parte donde se reflejaban los datos de los enfermos intervenidos, tanto de manera individualizada como los valores medios de los pacientes operados en cada hospital.

Participaron en el estudio 5 hospitales: 3 centros públicos de tercer nivel de asistencia –Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNC), Hospital Universitario de Canarias (HUC) y Hospital Dr. Negrín (HDN)–, y 2 instituciones de carácter privado-concertado de segundo nivel de asistencia –Clínica San Roque (CSR) y Hospital San Juan de Dios (HSJD)–.

A los pacientes se les realizaba de forma sistemática un enema opaco o tinción endoscópica para la localización preoperatoria de la enfermedad, además del estudio habitual para el estadiación de la enfermedad neoplásica en el caso de los tumores. Los criterios de selección de pacientes fueron dispares en los distintos hospitales, y la indicación de la intervención dependió de las preferencias del cirujano y no de protocolos de actuación consensuados, que están pendientes de elaboración en el seno de la Sociedad Canaria de Cirugía.

Las variables a estudio se dividieron en: demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal [IMC], clasificación ASA y laparotomías previas), intraoperatorias (tiempo quirúrgico, pérdidas hemáticas, conversión, transfusión y complicaciones), postoperatorias (inicio de la actividad intestinal, inicio de la ingesta oral, complicaciones tempranas y tardías, estancia, reintervenciones y reingresos) y anatomopatológicas (localización, procedimiento, longitud del espécimen, tamaño tumoral y número de ganglios extirpados).

Los resultados de las variables cuantitativas se expresan como mediana/rango y las variables categóricas como porcentaje, de acuerdo con las asunciones que cumplen las distribuciones de frecuencias de las variables a estudio.

Los datos de las variables estudiadas fueron recogidos en el paquete estadístico SPSS versión 11.0 para su posterior análisis. Los factores determinantes de la estancia hospitalaria fueron analizados con una prueba de significación mediante la aplicación de un contraste de muestras independientes con el test de la U de Mann-Whitney, para un valor de $p < 0,05$.

Resultados

La técnica realizada fue similar en los distintos grupos consultados. Los trocares se dispusieron de manera diferente según la resección fuera derecha o izquierda y la hemostasia del vaso principal se realizó con grapadora lineal vascular o endoclips. En cuanto a la movilización del colon, durante los primeros años se realizó en todos los hospitales como en la cirugía abierta, con un primer paso consistente en la liberación del parietocólico; en la actualidad, sin embargo, 2 centros realizan la disección medial, por el plano avascular posterior, separando el mesocolon de las estructuras retroperitoneales, desde la raíz de los vasos tributarios hacia la pared abdominal. En los procedimientos izquierdos, la anastomosis fue intracorpórea con una incisión tipo Pfannestiel para la extracción del espécimen; en las colectomías derechas, ésta fue extracorpórea con una incisión transversa en el hipocondrio. Los recursos técnicos disponibles son similares en los diferentes centros en lo que se refiere a monitores, insufladores, ópticas y métodos de hemostasia.

En el período estudiado se intervinieron a 144 pacientes, 63 varones y 79 mujeres, con una edad media de 62,3 años (rango, 22-91) y un IMC medio de 27,35 (rango, 22-35). En cuanto a la comorbilidad asociada, 80 pacientes pertenecían al grupo II de la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia (ASA) y 40 pacientes al grupo III. En 10 enfermos se habían practicado laparotomías previas en distintas localizaciones (tabla 1).

El sigma fue la localización más frecuente, con 91 casos (63%), seguido del recto (18 casos) y del ciego (14 casos). La sigmoidectomía fue el procedimiento realizado con más frecuencia, con 85 casos (59%), seguido de la hemicolectomía derecha, con 20 procedimientos (13%). Se realizaron 18 intervenciones sobre el recto (7 resecciones bajas, 5 altas y 5 amputaciones) y una procto-

TABLA 1. Valores medios de las variables demográficas de los pacientes

Características demográficas	
Total, n (%)	144 (100)
Edad media, años, n (rango)	62,3 (24-91)
IMC medio, n (rango)	27,3 (21-35)
ASA, n (%)	
I	13 (9)
II	80 (55,5)
III	40 (27,7)
IV	7 (4,8)
Laparotomías previas, n	10

IMC: índice de masa corporal; ASA: clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9394562>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9394562>

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