

# Resúmenes Seleccionados – Cirugía y Laparoscopia

Mariano Laporte MAAC-MSACP

## 1. Gu J, Stocchi L, Remzi FH, Kiran RP. Total abdominal colectomy for severe ulcerative colitis: does the laparoscopic approach really have benefit? *Surg Endosc.* 2013 Oct [en prensa]

**Antecedentes:** aún no está claro si la morbilidad y los parámetros de recuperación de la colectomía total laparoscópica (CTL) para pacientes con colitis ulcerosa (CU) están influidos por criterios de selección. El objetivo del siguiente estudio es evaluar si el abordaje laparoscópico se asocia a mejores resultados postoperatorios.

**Métodos:** se identificaron los pacientes sometidos a CTL por CU en el periodo comprendido entre 2006 y 2010. Se compararon características demográficas y resultados postoperatorios entre los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica y convencional. También se realizó un subanálisis teniendo en cuenta los cirujanos que utilizan ambas vías de abordaje.

**Resultados:** de los 412 pacientes incluidos, 197 fueron sometidos a CTL; este grupo de pacientes era característicamente más joven y con criterios de morbilidad (Charlson Comorbidity Index) y ASA menores, mayor nivel de hemoglobina y proteínas séricas y menor proporción de cirugías de urgencia. La morbilidad intraoperatoria y postoperatoria, la tasa de reinternación y reoperación fueron similares. El abordaje laparoscópico se asoció a mayor tiempo operatorio pero a una menor pérdida sanguínea, morbilidad global, íleo y tromboembolismo, evidenciando una recuperación de la funcionalidad intestinal más rápida y una consecuente menor estadía hospitalaria. Las tasas de morbilidad, reinternación y reoperación no variaron entre las diferentes alternativas laparoscópicas (multitrocar, mano-asistida, incisión única). Los pacientes que fueron intervenidos por cirujanos que utilizaron ambas vías de abordaje, evolucionaron en forma similar al resto de los pacientes.

**Conclusión:** la CTL mantiene ciertas ventajas en términos de recuperación postoperatoria cuando se la compara con la cirugía convencional.

**Comentarios:** a pesar de que la proctocolectomía total con reservorio ileal sigue siendo la cirugía de elección en pacientes portadores de colitis ulcerosa, ciertos factores (anemia, malnutrición, inmunosupresión, entre otros) obligan a diferir la resección del recto. En estos casos la cirugía recomendada es la colectomía total con ileostomía terminal. Es importante destacar que en aquellos casos en los que no existe contraindicación para el abordaje miniinvasivo, la colectomía total realizada por esta vía mantiene ciertos beneficios con respecto al abordaje convencional. Sin embargo, es importante destacar que cuando se compara ambas vías de abordaje para este grupo de pacientes, se debe tener en cuenta que probablemente los pacientes sometidos a cirugía convencional tengan un peor estado general que los pacientes operados en forma laparoscópica.

## 2. Miyamoto Y, Ishii T, Tashiro J, Satoh T, Watanabe M, Baba H, Yamaguchi S. Effects of obesity on the outcome of laparoscopic surgery for colorectal cancer. *Surg Today.* 2013 Nov [en prensa]

**Objetivo:** evaluar los resultados de la cirugía colorrectal laparoscópica en pacientes obesos.

**Métodos:** se incluyeron 561 pacientes con patología colorrectal neoplásica tratados desde abril 2007 a octubre 2010. Se compararon ambos grupos de pacientes no-obesos (IMC <25) y obesos (BMI ≥25).

**Resultados:** se compararon ambos grupos (no obesos: 421, obesos: 140). En el grupo de pacientes obesos hubo prevalencia de sexo masculino (72.1 vs. 57.0%; P = 0.002), cáncer de colon izquierdo (49.3 vs. 36.8%; P = 0.033), y mayor comorbilidades (P < 0.001). La duración de la cirugía fue significativamente mayor en los pacientes obesos (221 vs. 207 min; P = 0.025). No hubo diferencias en los parámetros de recuperación entre ambos grupos. Sin embargo, el grupo de pacientes obesos presentó una tasa mayor de infección de herida (12.1 vs. 5.2%; P = 0.005). La obesidad no fue un factor de riesgo independiente de complicaciones postoperatorias (OR 1.330; P = 0.289).

**Conclusión:** el abordaje laparoscópico es técnicamente factible y seguro en pacientes obesos y mantiene los beneficios ya descriptos para el abordaje miniinvasivo.

**Comentarios:** uno de los beneficios potenciales del abordaje laparoscópico es que la menor injuria de la pared abdominal provocaría una menor tasa de complicaciones parietales. Dichas complicaciones son más frecuentes cuando se interviene a pacientes con alto índice de masa corporal. Por un lado una mayor tasa de infección de herida asociado a la dificultad técnica que supone un cierre por planos adecuado, motivaría una mayor tasa de eventraciones en este grupo de

pacientes. En consecuencia el abordaje laparoscópico supone ciertos beneficios en este aspecto cuando se lo compara a la cirugía convencional. Sin embargo, la dificultad técnica inherente a la realización de cirugía colorrectal laparoscópica se asociaría a un aumento del tiempo operatorio, tal como fue reflejado en el trabajo de Miyamoto y colaboradores. Por otro lado, los beneficios de la cirugía laparoscópica deben motivar al cirujano colorrectal a estar entrenado a realizar procedimientos colorrectales en forma miniinvasiva en este grupo de pacientes.

### 3. Emre Gorgun I, Aytac E, Costedio MM, Erem HH, Valente MA, Stocchi L. Transanal endoscopic surgery using a single access port: a practical tool in the surgeon's toolbox. *Surg Endosc.* 2013 Nov [en prensa]

**Antecedentes:** los pólipos rectales grandes pueden ser resecados por cirugía endoscópica transanal (CET). Se han desarrollado varias técnicas de puerto-único. En este artículo se detallará la experiencia de los autores utilizando la CET con puerto-único.

**Pacientes y métodos:** se incluyeron pacientes intervenidos entre julio 2010 y enero 2013. Las características demográficas, la técnica quirúrgica y la evolución postoperatoria fueron analizadas.

**Resultados:** se incluyeron 12 pacientes (10 hombres). La edad media fue de 63.5 años (50-84), el ASA promedio fue de 3 (2-4) y el IMC promedio fue de 28 (17,4-55,6). El tiempo operatorio promedio fue de 79 minutos (43-261). Los resultados de anatomía patológica fueron los siguientes: adenoma tubulovelloso (n=6), adenoma tubular (n=4), adenocarcinoma (n=1) y tumor neuroendocrino (n=1). En 5 pacientes el egreso hospitalario se efectuó durante el día de la cirugía, la estadía hospitalaria promedio fue de 1 día (0-38). La estimación de pérdida sanguínea fue de 22,5 ml (5-150). Hubo un paciente con retención aguda de orina y dos con sangrado postoperatorio. El primero, con antecedentes de ingesta de anticoagulantes presentó proctorragia durante el día 13 postoperatorio y fue manejado en forma satisfactoria con tratamiento médico. El segundo debutó con la proctorragia el 7mo día postoperatorio, requiriendo la inyección endoscópica de vasoactivos; evolucionó con infarto agudo de miocardio y falleció el día 38 postoperatorio.

**Conclusiones:** la CET es segura y factible de realizar, parecería ser una alternativa válida en el tratamiento de adenomas de gran tamaño o neoplasias de recto en estadios tempranos.

**Comentarios:** el abordaje de la patología rectal se ha modificado notablemente en los últimos años. El desarrollo de técnicas novedosas, entre las que destaca la cirugía transanal realizada con dispositivos de puerto-único ha motivado la publicación de numerosas series internacionales. En principio el objetivo primordial de esta cirugía es realizar una biopsia escisional para poder estadificar correctamente al paciente. Destacan un costo menor al TEM (Microcirugía Endoscópica Transanal) y una técnica quirúrgica más simple. La técnica permite evitar cirugías resectivas abdominales rectales, y las altas tasas de morbilidad que se generan en ese tipo de procedimientos. A pesar de ser ampliamente cuestionada la utilización del puerto único en cirugía abdominal, pareciera ser que ocupara en los próximos años un lugar importante en la resección por vía transanal de pólipos grandes o carcinomas rectales en estadios tempranos.

### 4. Esteban F, Cerdan F, Garcia-Alonso M, Sanz-Lopez R, Arroyo A, Ramirez J, Moreno C, Morales R, Navarro A, Fuentes M; The Spanish working group on fast track surgery including Hospital Clínico (Zaragoza), La Paz Clínico San Carlos Gregorio Marañón (Madrid), Hospital General (Valencia), Mútua Terrassa Hospital d'Igualada (Barcelona), Do Meixoeiro (Pontevedra), La Mancha Centro (Ciudad Real), Hospital Universitario de Elche (Alicante), Hospital Son Llatzer (Mallorca), Fundación Calahorra (Logroño). A multicentre comparison of a fast track or conventional postoperative protocol following laparoscopic or open elective surgery for colorectal cancer surgery. *Colorectal Dis.* 2013 Oct [en prensa]

**Objetivo:** la introducción de programas de rehabilitación multimodal o fast track (FT) han mejorado la recuperación de los pacientes y ha disminuído la estadía hospitalaria. El objetivo del siguiente estudio es determinar la influencia de la vía de abordaje (laparoscópica o convencional) en los pacientes sometidos a recuperación convencional (RC) o fast track (FT).

**Métodos:** una serie prospectiva multicéntrica (n=300) se ha comparado con un grupo de pacientes analizado en forma retrospectiva (n=201). Los pacientes fueron divididos en 4 grupos: FT (laparoscópico y abierto), RC (laparoscópico y abierto). Se analizaron la estadía hospitalaria (EH) y morbilidad postoperatoria, en forma secundaria la mortalidad y la tasa de reoperación.

**Resultados:** la EH promedio fue de 7 días. La media en el grupo FT laparoscópico fue de 5 días, FT abierto fue de 6 días, RC laparoscópico fue de 9 días y RC abierta fue de 10 días (p<0.001). En el análisis de regresión el grupo de FT laparoscópico fue el que evidenció mayor disminución en la EH (p<0,001). Se evidencia una disminución significativa

en la EH en el grupo FT laparoscópico cuando se lo comparo con RC laparoscópico ( $p < 0,001$ ). La tasa global de morbilidad fue de 30,6%. En el estudio de regresión logística no se evidenciaron diferencias en los otros parámetros entre los 4 grupos.

**Conclusión:** los pacientes sometidos a abordaje laparoscópico incluidos en un programa de rehabilitación multimodal presentaron la menor estadía hospitalaria y menor tasa de morbilidad.

**Comentarios:** existe cierta controversia con respecto a la implementación de los programas de rehabilitación multimodal. Para algunos significa una aceleración en la recuperación del postoperatorio con un beneficio final en la menor estadía hospitalaria para disminuir los costos globales. Para otros, en cambio el objetivo final debiera ser la disminución del estrés operatorio que provocaría mejorar los parámetros globales de recuperación postoperatoria. Si bien el trabajo multicéntrico realizado en España analiza la estadía hospitalaria en primera instancia, también se incluyen otros aspectos más importantes como los relacionados con la morbilidad postoperatoria. Si bien el abordaje laparoscópico no es condición sine qua non para la implementación de un programa de fast track, es un factor importante que permite mejorar la recuperación postoperatoria.

##### 5. Ding J, Xia Y, Liao GQ, Zhang ZM, Liu S, Zhang Y, Yan ZS.. Hand-assisted laparoscopic surgery versus open surgery for colorectal disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Surg.* 2013 Oct [en prensa]

**Antecedentes:** la cirugía colorrectal laparoscópica es uno de los procedimientos técnicamente más complejos para aprender.

**Métodos:** se analizaron las series que comparan la cirugía manoasistida (CMA) con la cirugía convencional (CV) para el tratamiento de la patología colorrectal, en los últimos 17 años.

**Resultados:** se incluyeron 12 series, con un total de 1362 pacientes. La tasa de conversión de la CMA fue de 2,66%. Se evidenció una disminución en la pérdida sanguínea, tasa de infección de herida, íleo, tamaño de la herida y estadía hospitalaria. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a: tiempo operatorio, costos de internación, mortalidad y complicaciones (infección urinaria, neumonía, dehiscencia de anastomosis).

**Conclusiones:** la cirugía manoasistida mantiene ciertas ventajas del abordaje miniinvasivo: menor pérdida sanguínea, recuperación postoperatoria más rápida que provoca una menor estadía hospitalaria, sin aumentar los costos de internación. Sin embargo, un pequeño número de pacientes van a requerir de la conversión a cirugía convencional, adicionalmente los resultados oncológicos a largo plazo no están del todo claros.

**Comentarios:** la cirugía laparoscópica manoasistida es una variante del abordaje miniinvasivo que permite mantener ciertos beneficios, facilitando la técnica quirúrgica. Al utilizar la incisión para extraer la pieza para introducir la mano se facilita la exposición y tracción. Parecería ser de utilidad en dos situaciones particulares: cirugías complejas y como paso previo a la conversión. En la revisión realizada por Ding y colaboradores se comparo la cirugía manoasistida con el abordaje convencional. Tal como ha sido previamente descripto, se objetivó que se mantuvieron ciertos beneficios del abordaje laparoscópico, destacando que la cirugía manoasistida debería ser una herramienta más del cirujano colorrectal, en casos seleccionados.