



Tratamiento Quirúrgico del cáncer de colon Sigmoides localizado: Vía laparoscópica versus abierta

INTERNA: DA EUN KIM

PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ

DEPTO. CIRUGÍA SUR

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción

El colon es un órgano tubular localizado dentro de la cavidad abdominopélvica, que representa la última porción del tracto gastrointestinal. Mide aproximadamente 1,5 metros y anatómicamente se divide en: colon ascendente, transverso, descendente y sigmoides. Se denomina cáncer colorrectal a todos aquellos tumores que se desarrollan en las paredes del intestino grueso, desde la válvula ileocecal hasta el recto (1). Se encuentra dentro de las primeras causas de muerte por cáncer en la mayoría de los países desarrollados (1). A nivel global, la OMS estima que en el 2020 hubo más de 1,9 millones de casos nuevos, y más de 930.000 muertes asociadas a ella (2). Chile parece presentar una panorámica similar, puesto que se ha observado una tendencia hacia su aumento, con el cambio de vida progresiva a mayor sedentarismo, hábitos alimentarios menos saludables y una población que tiende al envejecimiento. En el 2012 se registraron 2.417 casos nuevos de cáncer colorrectal en ambos sexos (3), mientras que las proyecciones de incidencia más recientes estiman 5.914 casos nuevos (3). Actualmente ocupa la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile, con una tasa de mortalidad de 6,4 por cada 100.000 habitantes (3).

El sigmoides es la última porción del intestino grueso que conecta el colon descendente con el recto. Es la porción más corta del intestino, con una longitud promedio de entre 25-40 cm (1). En Chile, el cáncer de colon sigmoides representa un número no menor de localización de cáncer colorrectal. Un estudio de la Universidad Andrés Bello del 2022 evaluó la mortalidad por cáncer colorrectal en Chile en personas entre 10-112 años de edad durante 25 años (1997-2022) (4). Se registraron 36.756 casos de cáncer de colon, de las cuales 33.632 fueron diagnosticados como tumor maligno de colon de sitio no especificado, sin embargo, de los 3.124 con diagnóstico de sitio especificado, 1.526 (48,85%) se encontraron en el colon sigmoides (4).

El cáncer colorrectal es una enfermedad de evolución insidiosa y silente. De esta forma, se reconocen tres tipos de presentación de la enfermedad: pacientes que son asintomáticos, en donde la enfermedad es descubierta mediante métodos de tamizaje, aquellos pacientes que consultan por síntomas y signos, el cual constituye el caso más frecuente y denota una enfermedad más avanzada, y por último, pacientes que consultan al servicio de urgencias por una complicación del cuadro, ya sea una obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o peritonitis (1).

Independientemente de la presentación clínica, el método de diagnóstico de elección es por medio de la colonoscopía con toma de biopsia. Una vez realizado el diagnóstico, se procede a la etapificación del cáncer a través de la clasificación TNM (American Joint Committee on Cancer 2017) (1). Esta hace referencia a las

características del tumor primario (T), compromiso de ganglios linfáticos (N) y presencia de metástasis a distancia (M). A partir de esta clasificación, se agrupa al cáncer en distintos estadios que permite evaluar las alternativas terapéuticas (1).

Dentro de las alternativas terapéuticas, la resección quirúrgica es el tratamiento de elección para el cáncer localizado (5). Se puede realizar por dos distintos abordajes: por vía laparoscópica y por laparotomía. Independientemente del abordaje, el manejo quirúrgico tiene como objetivo la resección completa del tumor primario, dejando un margen libre de 5-7 cm tanto a proximal como distal del tumor resección de todo el mesocolon contiguo, la resección del pedículo vascular y el drenaje linfático de la zona afectada, con resección de al menos 12 linfonodos (5). En los casos en los cuales haya invasión de órganos adyacentes, esta resección se realiza “en bloque” con su asociado mesenterio hasta el origen del vaso nutriente primario. (5). En el caso específico de la sigmoidectomía, una resección colónica oncológica estándar incluye: resección sigmoidea con el mesenterio asociado y con los vasos mesentéricos inferiores ligados cerca de su origen para resecar de manera óptima el tejido linfovascular (5).

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo comparar la evidencia existente entre la eficiencia del manejo quirúrgico del cáncer de sigmoides local por vía laparoscópica versus vía tradicional o abierta.

Material y métodos

Para el presente trabajo se revisaron 3 publicaciones de estudios randomizados y artículos sobre la eficiencia de la colectomía por vía laparoscópica y abierta. Estos artículos fueron accedidos por medio de plataformas digitales.

Resultados y discusión

Las primeras descripciones de colectomía laparoscópica por cáncer se remontan a comienzos de la década de 1990, y a partir de 1994, se iniciaron varios ensayos internacionales aleatorizados (6).

En particular, un estudio multicéntrico en Alemania, conducido por el Laparoscopic Colorectal Surgery Study Group, involucrando a 54 hospitales analizó la eficiencia del tratamiento curativo del cáncer de sigmoides mediante el manejo quirúrgico por esta vía (6). Se siguió a un total de 292 pacientes de 36 hospitales entre agosto de 1995 y marzo del 2001, 122 de ellos con cáncer de sigmoides estadio I, 86 en estadio II y 84 en estadio III, todos ellos recibiendo una resección sigmoidea por vía laparoscópica (6). Desde el punto de vista quirúrgico, el tiempo operatorio tuvo un promedio de 172 minutos y la pérdida de sangre intraoperatoria fue de una media de aproximadamente 241 ml (6). La tasa de conversión a cirugía abierta fue de 5,5%, siendo la mayoría de los casos

relacionados con lesiones vasculares durante la cirugía. 65 de los pacientes informaron al menos un problema o complicación postoperatorio (22,3%) (6).

En cuanto a su eficiencia, la tasa de mortalidad fue del 2,7% (6). Tuvo una media de 13,4 ganglios linfáticos resecados y un margen de seguridad promedio de 7,2 cm. Se observa que se cumplen los criterios formales de radicalidad oncológica (6). Por otro lado, a largo plazo, con un seguimiento de 2,1 años y una tasa de seguimiento del 73,3%, se observó una tasa de sobrevida de 88,8% en pacientes estadio I, 90,9% en estadio II y 64,1% en estadio III (6).

Con los hallazgos expuestos, el estudio concluye que la resección laparoscópica del sigma se puede realizar de forma técnicamente fiable con intención curativa, con tasas de complicación y mortalidad aceptables (6).

Otro estudio en Estados Unidos liderado por el Intergroup Clinical Outcomes of Surgical Therapy (COST) compara los casos de 872 pacientes con adenocarcinoma de colon quienes fueron asignados de forma aleatoria a una colectomía por vía laparoscópica o abierta (7). Dentro de los resultados se observa que el tiempo operatorio fue significativamente mayor en el grupo laparoscópico (150 minutos versus 95 minutos), y el 21% de los casos laparoscópicos requirieron conversión al manejo por vía abierta (7). Por otro lado, el grupo laparoscópico tuvo una duración más corta de la estadía hospitalaria (cinco días versus seis) y del uso de analgesia endovenosa (tres días versus cuatro) (7). No se observaron diferencias significativas en las complicaciones intraoperatorias o postoperatorias, las tasas de mortalidad perioperatorias o en las tasas de readmisión o recurrencia (7). En un seguimiento de 7 años, no hubo diferencias significativas en la sobrevida libre de enfermedad a los cinco años (69% versus 68% en los grupos de colectomía laparoscópica y abierta, respectivamente) o la sobrevida general (76% versus 75%) (7).

En el 2005, en el ensayo CLASICC se observa una tendencia similar. Se observa solo una reducción del tiempo hospitalario a favor del manejo laparoscópico, pero con una prolongación de la duración de la intervención (5). La mortalidad y morbilidad postoperatoria fueron equivalentes entre ambas técnicas (5).

Se llega entonces a la conclusión, que tanto la vía laparoscópica como abierta pueden cumplir con los criterios de resección oncológica de forma satisfactoria como para considerar cualquiera de las vías para un manejo curativo o resolutivo. En cuanto a la morbilidad postoperatoria, no hay diferencias en el largo plazo. La vía laparoscópica tiene la principal ventaja de ofrecer un ligero acortamiento de la estadía hospitalaria y una reducción pequeña de la necesidad

de analgesia endovenosa, por lo cual puede considerarse como el método preferido. Esto podría ser diferente en el caso de un cáncer colorrectal complicado.

Conclusiones

El cáncer colorrectal es una enfermedad cuya mortalidad ha aumentado a nivel global durante las últimas décadas. En Chile, un número no menor de estos casos involucra el colon sigmoideas. Existen diversas terapias disponibles, dentro de estos la resección quirúrgica, el cual es considerado como el único tratamiento resolutivo definitivo para el cáncer localizado. El manejo quirúrgico se puede realizar por dos vías: laparoscópica y abierta, con un aumento en el uso de la vía laparoscópica debido a su eficiencia comparable con la vía abierta y las ventajas que ofrece en cuanto a días de hospitalización y recuperación postoperatoria.

Referencias bibliográficas

- (1) Rojas Duarte, M. y Marinkovic Gómez, B. *Cirugía en medicina general: manual de enfermedades quirúrgicas*. Disponible en <https://doi.org/10.34720/bce6-d715>
- (2) Cáncer colorrectal [Internet]. www.who.int. 2023. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
- (3) Situación Epidemiológica Del Cáncer Colorrectal En Chile Entre Los Años 2002 y 2019 (2023). [Internet]. Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago- Universidad del Desarrollo.
- (4) Evolución De La Mortalidad Por Cáncer Colorrectal En Chile: Un Estudio De 25 Años (1997-2022) [Internet]. Universidad Andrés Bello. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/01/1525945/evolucion-de-la-mortalidad-por-cancer-colorrectal-en-chile-un-bNNC5Sr.pdf#:~:text=Los%20resultados%20dostodos%20revelaron%20que,a%20lo%20largo%20del%20tiempo>.
- (5) Bednarski, B [Internet]. Surgical resection of primary colon cancer. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/surgical-resection-of-primary-colon-cancer?sectionName=Locally%20advanced%20cancer&search=tratamiento%20cancer%20colorrectal&topicRef=2507&anchor=H125358938&source=see_link#H125358938
- (6) Pirlet, I. Mercier, N. Fabre, JM. Tratamiento quirúrgico del cancer del colon izquierdo. [Internet]
- (7) Scheidback, H. Schneider, C. Hueguel, O. Barlehner, E. Konradt, K. Wittekind, C. Korckerling, F. Laparoscopic Sigmoid Resection for Cancer [Internet]. Department of Surgery and Center for Minimally Invasive Surgery. Available from: