

2. Hirota WK, Petersen K, Baron TH, *et al.* Guidelines for antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003;58:475-82.
3. Report of a Working Party of the British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Cleaning and disinfection of equipment for gastrointestinal endoscopy. *Gut* 1998;42:585-93.

Dr. Jorge García-Leiva

Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Centro Médico del Potosí-Hospital Ángeles, San Luis Potosí, SLP

Colectomía laparoscópica versus abierta para cáncer de colon: resultados de un gran análisis de población nacional

Steele SR, Brown TA, Rush RM, Martin MJ. Laparoscopic vs. open colectomy for colon cancer: Results from a large nationwide population-based analysis. *J Gastrointest Surg* 2008;12:583-591.

Objetivo: Analizar los resultados de dos técnicas de resección de cáncer de colon (CC) en una base de datos nacional.

Diseño: Estudio retrospectivo.

Sitio: Centro Médico Militar en Estados Unidos.

Pacientes y métodos: Se utilizó la base de datos más grande de pacientes hospitalizados de los Estados Unidos para identificar a los enfermos admitidos por CC entre 2003 y 2004. Se incluyeron pacientes sometidos a resección electiva de CC y la principal variable fue la técnica de resección abierta vs. laparoscópica. Se analizaron variables demográficas, estadio del CC, enfermedad co-mórbida y tipo de seguro de gastos médicos. Los resultados fueron registrados con base en los cargos hospitalarios, días de estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se analizaron los resultados de 98,223 pacientes con edad promedio de 69.2 años. El grupo se conformó predominantemente por caucásicos (81%), la mayoría con enfermedad localizada (63%) y seguro privado (56%). La cirugía se realizó en centros urbanos en 87% de los casos. Se realizó resección laparoscópica en el 3.3% y ésta se asoció a menor tasa de

complicaciones (18 vs. 22%), menor estancia hospitalaria (6 vs. 7.6 días) y menor mortalidad (0.6 vs. 1.4%; todas $p < 0.01$). No hubo diferencia significativa en los cargos hospitalarios entre los dos grupos. Los factores predictores de cirugía laparoscópica fueron edad < 70 años y estadio más temprano de la enfermedad. La categoría étnica y el tipo de seguro no influyeron en el tipo de resección.

Conclusiones: La resección laparoscópica del CC se asocia a mejores resultados a corto plazo sin afectar significativamente el costo.

Comentario

A pesar de la evidencia favorable,¹ la resección laparoscópica de CC sigue siendo controversial. Los resultados del estudio COST que incluyó 48 instituciones y 872 pacientes con seguimiento de tres años podrían por sí solos justificar la utilización de la laparoscopia para el tratamiento quirúrgico rutinario del CC.² Sin embargo existe resistencia al uso generalizado de esta técnica y la controversia tiene varias vertientes. Por una parte, los estudios aleatorios como el COST² o el COLOR,³ incluyeron sólo cirujanos “expertos” tras una curva de aprendizaje de al menos 20 resecciones laparoscópicas.

En los Estados Unidos el cirujano promedio realiza menos de cinco resecciones colónicas por año, lo cual hace muy difícil de cumplir la curva de aprendizaje en un tiempo razonable. En segundo lugar, el beneficio estadístico de los resultados a corto plazo puede no traducirse en un beneficio clínico real. Algunos estudios “ciegos”, han cuestionado este beneficio, encontrando en algunos mayor dolor y estancia hospitalaria más prolongada en el grupo laparoscópico.^{4,5} En tercer lugar, existe el problema de la conversión a cirugía abierta que representa el 15% de los pacientes en quienes la estancia hospitalaria se triplica⁶ y la sobrecarga se reduce.⁷

Finalmente, en la mayor parte de los estudios la cirugía laparoscópica es mucho más costosa, lo que se debe tomar en cuenta en países con limitaciones tecnológicas y económicas como el nuestro. Las razones expuestas han hecho que pese a existir evidencia de al menos una equivalencia entre la cirugía laparoscópica y la abierta para CC, su amplia utilización se encuentra muy por debajo de la aceptación de la cirugía de mínima invasión para otras indicaciones.

Referencias

1. Tjandr JJ, Chan MK. Systematic review on the short-term outcome of laparoscopic resection for colon and rectosigmoid cancer. *Colorectal Dis* 2006;8:375-388.
2. The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Eng J Med* 2004;350:2050-2059.
3. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, *et al.* (COLOR Group). Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomized trial. *Lancet Oncol* 2005;6:477-484.
4. Basse L, Jakobsen DH, Bardram L, *et al.* Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection: a randomized, blinded study. *Ann Surg* 2005;241:416-423.
5. MacKay G, Ihedioha U, McConnachie A, Serpell M, Molloy RG, O'Dwyer PJ. Laparoscopic colonic resection in fast-track patients does not enhance short-term recovery after elective surgery. *Colorectal Dis* 2007;9:368-72.
6. Marusch F, Gastinger I, Schneider C, *et al.* Importance of conversion for results obtained with laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2001;44:207-214.
7. Moloo H, Mamazz J, Poulin EC, *et al.* Laparoscopic resections for colorectal cancer: does conversions impact survival? *Surg Endosc* 2004;18:732-735.

Dr. Heriberto Medina-Franco

Dirección de Cirugía, Sección de Cirugía Oncológica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".