

Abordaje mínimamente invasivo de la cirugía urgente colorrectal

Minimally invasive surgery in the emergent colorectal surgery

A.J. González

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

RESUMEN

Perforación yatrógena de colon, diverticulitis aguda, cáncer de colon obstructivo, prótesis de colon, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, cirugía laparoscópica.

Palabras clave: perforación yatrógena de colon, diverticulitis aguda, cáncer de colon.

ABSTRACT

Yatrogenic colorectal perforation, acute diverticulitis, obstructive colorectal cancer, self-expanding metal stent, inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, laparoscopic surgery.

CORRESPONDENCIA

Antonio Jesús González Sánchez
Hospital Regional Universitario de Málaga
29010 Málaga
antoniojgs@icloud.com

XREF

Keywords: yatrogenic colorectal perforation, acute diverticulitis, obstructive colorectal cancer.

INTRODUCCIÓN

Cuando nos referimos al abordaje mínimamente invasivo de la cirugía colorrectal urgente, nos podemos encontrar con distintos escenarios, cada uno con características distintas: perforación yatrógena de colon, diverticulitis aguda, cáncer de colon complicado (perforado u obstructivo) y enfermedad inflamatoria intestinal.

La perforación yatrógena de colon es, probablemente, la indicación más clara de abordaje mínimamente invasivo ya que, cuando la perforación es pequeña y las condiciones generales lo permiten, se acepta que el tratamiento laparoscópico es de elección. De este modo es posible explorar la cavidad, identificar la lesión y en numerosas ocasiones, repararla¹.

En relación a la diverticulitis aguda, debemos diferenciar la resección laparoscópica del segmento enfermo y el lavado laparoscópico de la cavidad peritoneal en la diverticulitis aguda

CITA ESTE TRABAJO

González AJ. Abordaje mínimamente invasivo de la cirugía urgente colorrectal. Cir Andal. 2019;30(3):279-80.

purulenta. Si es necesario realizar una resección de colon, el abordaje mínimamente invasivo permite disminuir la mortalidad de forma significativa. Los datos indican también que disminuye las tasas de procedimientos de Hartmann y de mortalidad, pero sin significación estadística, a costa de una mayor tasa de recirugías y de tiempo quirúrgico (ambas, no significativas)². Como aspectos técnicos, hay que prestar especial cuidado en los estadios sin peritonitis libre (estadios I y II de la clasificación de la WSES), porque suelen asociar fibrosis, abscesos, fístulas o adherencias que dificultan la técnica quirúrgica. Los datos son controvertidos en lo referente al lavado peritoneal sin resección. Mientras que el estudio LOLA hubo de ser interrumpido por presentar los pacientes con lavado peritoneal mayor tasas de complicaciones, probablemente por la dificultad para identificar adecuadamente los pacientes sin peritonitis fecal³, el DILALA mostró a los dos años de seguimiento mejores resultados cuando se comparaba esta frente a la resección abierta y el estoma⁴. Además, se acompañaba de una significativa reducción de los costes⁵.

El cáncer de colon perforado no se considera que deba ser abordado de forma estándar por laparoscopia salvo que los cirujanos se encuentren adecuadamente entrenados⁶. Sin embargo, el cáncer de colon obstructivo sí puede beneficiarse siempre que antes se haya colocado un "stent autoexpandible". De esta forma, se consigue reducir la tasa de complicaciones frente al abordaje convencional, así como aumentar las resecciones tumorales y anastomosis primarias. Más controvertido es el beneficio oncológico a largo plazo, aunque los resultados son por ahora poco aclaratorios⁷⁻⁹. En nuestra serie, desde enero de 2011 a noviembre de 2017 hemos realizado 48 resecciones de colon por obstrucción de colon tratada mediante stent y cirugía resectiva diferida, lo que permitió que se realizaran 26 por procedimientos mínimamente invasivos, porcentaje que está aumentando claramente a lo largo de la serie y hasta el momento conforme vamos mejorando en nuestra experiencia.

Finalmente, reseñar que la laparoscopia disminuye el empleo de analgésicos, la estancia hospitalaria y las complicaciones en la enfermedad inflamatoria intestinal, y que puede ser beneficiosa en la colectomía total en la colitis ulcerosa refractaria al tratamiento, aunque con desventajas para la realización de reservorios íleo-anales¹⁰.



BIBLIOGRAFÍA

- De'Angelis N, Di Saverio S, Chiara O, Sartelli M, Martínez-Pérez A, Patrizi F, et al. 2017 WSES guidelines for the management of iatrogenic colonoscopy perforation. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2018 Dec 24;13(1):5. Available from: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-018-0162-9>
- Crocchi R, Fearnhead N, Vettoretto N, Cassini D, Popivanov G, Henry BM, et al. The role of emergency laparoscopic colectomy for complicated sigmoid diverticulitis: A systematic review and meta-analysis. *Surg* [Internet]. 2018 Oct; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1479666X1830115X>
- Vennix S, Musters GD, Mulder IM, Swank HA, Consten EC, Belgers EH, et al. Laparoscopic peritoneal lavage or sigmoidectomy for perforated diverticulitis with purulent peritonitis: a multicentre, parallel-group, randomised, open-label trial. *Lancet* [Internet]. 2015 Sep;386(10000):1269-77. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615611680>
- Kohl A, Rosenberg J, Bock D, Bisgaard T, Skullman S, Thornell A, et al. Two-year results of the randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis. *Br J Surg* [Internet]. 2018 Aug;105(9):1128-34. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/bjs.10839>
- Gehrman J, Angenete E, Björholt I, Bock D, Rosenberg J, Haglind E. Health economic analysis of laparoscopic lavage versus Hartmann's procedure for diverticulitis in the randomized DILALA trial. *Br J Surg* [Internet]. 2016 Oct;103(11):1539-47. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/bjs.10230>
- Otani K, Kawai K, Hata K, Tanaka T, Nishikawa T, Sasaki K, et al. Colon cancer with perforation. *Surg Today* [Internet]. 2019 Jan 24;49(1):15-20. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00595-018-1661-8>
- Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2018 Dec 13;13(1):36. Available from: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-018-0192-3>
- Ribeiro IB, Moura DTH de, Thompson CC, Moura EGH de. Acute abdominal obstruction: Colon stent or emergency surgery? An evidence-based review. *World J Gastrointest Endosc* [Internet]. 2019 Mar 16;11(3):193-208. Available from: <https://www.wjgnet.com/1948-5190/full/v11/i3/193.htm>
- Bae SU, Yang C-S, Kim S, Lim DR, Jeong WK, Dong Kim D, et al. Long-term oncologic outcomes of laparoscopic versus open resection following stent insertion for obstructing colon cancer: a multi-center retrospective study. *Surg Endosc* [Internet]. 2019 Jan 30; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00464-019-06680-7>
- Schwartzberg DM, Remzi FH. The Role of Laparoscopic, Robotic, and Open Surgery in Uncomplicated and Complicated Inflammatory Bowel Disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am* [Internet]. 2019 Jul;29(3):563-76. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1052515719300224>