

Conclusiones

Mesa redonda "Laparoscopia en cirugía colorrectal"

M. Bustos-Jiménez¹, Á. Reina-Duarte²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Hospital Torrecárdenas. Almería.

RESUMEN

En la hemicolectomía derecha laparoscópica se impondrá técnicamente la anastomosis intracorpórea sobre la extracorpórea, aunque en la mayoría de los registros predominen hoy la extracorpórea. Serán las habilidades adquiridas por los cirujanos y la irrupción de la robótica las que se establezca de forma definitiva por las ventajas que aportan.

En la escisión total del mesorrecto en tumores del tercio medio-distal del recto, la robótica y la vía de acceso transanal son complementaria entre sí. La disminución de los costes económicos y la aparición de nuevas tecnología permitirán su uso complementario.

El abordaje del ángulo esplénico del colon ha de hacerse de medial a lateral. La técnica debe estar bien estandarizada para seguir uno a uno los pasos. Si bien es cierto que el bordaje desde lateral a medial es un recurso que debe conocer el cirujano cuando se enfrenta a pacientes que lo requieran.

ABSTRACT

In laparoscopic right hemicolectomy, intracorporeal anastomosis over extracorporeal anastomosis will be technically imposed, although in most registries the extracorporeal is predominant today. It will be the skills acquired by surgeons and the irruption of robotics that will be definitively established by the advantages they bring.

In the total excision of the mesorectum in tumors of the middle-distal third of the rectum, the robotics and the transanal approach are complementary to each other. The diminution of the economic costs and the appearance of new technology will allow its complementary use.

The approach of the splenic angle of the colon has to be made from medial to lateral. The technique must be well standardized to follow the steps one by one. While it is true that embroidery from lateral to medial is a resource that the surgeon must know when facing patients who require it.

CONCLUSIONES

No es nada desdeñable el 30% de morbilidad que se le achaca a la hemicolectomía derecha. La anastomosis ileo-cólica intra o extracorpórea ha suscitado controversias en cuanto a cuál será la que menos morbilidad presente. A pesar de que un estudio italiano¹ concluye que no se han encontrado diferencias significativas en relación a la dehiscencia anastomótica.

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis más recientes²⁻⁵, concluyen que las anastomosis intracorpóreas reducen la morbilidad a corto plazo, disminuyen la estancia hospitalaria, la recuperación es más rápida y presenta mejores resultados estéticos. Sin embargo, en estos estudios el nivel de evidencia es limitado por su heterogeneidad (series retrospectivas, no tienen en cuenta la curva de aprendizaje ni los tipos de pacientes). A pesar de todo ello un estudio danés⁶ refiere una menor fuga anastomótica cuando se hace manual. Será la cirugía robótica, la que terminará de inclinar la balanza hacia la intracorpórea por la menor curva de aprendizaje para el cirujano y una menor manipulación de asas por su movilización, a expensas de un mayor coste económico.

El *gold standard* de la cirugía del cáncer de recto es la exéresis total del mesorrecto (ETM), por ello los avances que han ido apareciendo en los últimos años y los que están por llegar no

harán más que implementarse para conseguir un mejor resultado oncológico y de seguridad del paciente. Bien es cierto que la cirugía robótica proporciona ciertas ventajas sobre otras vías laparotómicas y laparoscópicas. En el tercio medio y distal del recto, el robot proporciona una mejor visión, mejor destreza y ergonomía, con disminución de la fatiga al cirujano. Además, ofrece una mejor visualización de los plexos autonómicos en la pelvis que procura la mejor preservación de los mismos y por consiguiente mejor preservación de la función genitourinaria⁷.

No obstante, la escisión total del mesorrecto por vía transanal (TaTME) ha aparecido para mejorar, aún más, la visión de la parte más distal del recto. Este hecho hace que en pacientes con tumores muy próximos al ano, disminuya la probabilidad de colostomía definitiva, aunque sí tendrían que ser portadores de una ileostomía temporal. Esta zona presenta dificultades técnicas importantes como es la sección del recto distal y asegurar la zona donde se va a realizar esta sección para obtener buenos resultados oncológicos. No es desdeñable, que ante pacientes con pelvis estrecha, varones y obesos, se imponga el TaTME, así como en pacientes no obesos con tumores no muy grandes esta técnica permite la extracción del tumor por el ano, sin necesidad de laparotomías para la extracción de la pieza. Un trabajo comparativo entre EMT robótico y transanal⁸ concluye que no hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a complicaciones, estancia y margen circunferencial, pero el grupo de TaTME (cuando se realiza con dos equipos) obtuvo mejores resultados en cuanto a tiempo operatorio y sangrado postoperatorio.

Nuevas aportaciones tecnológicas y estudios prospectivos randomizados, ofrecerán resultados válidos. Además la disminución del precio del robot, hará que esta patología sea más asequible en el futuro y se complementen ambas.

El abordaje del ángulo esplénico por vía laparoscópica para su movilización, es una maniobra lo suficientemente compleja como para estandarizarla lo máximo posible. Se ha planteado un abordaje medial o lateral, siendo el medial el que más ventajas proporciona.

Con objeto de disminuir la tensión de la anastomosis que se vaya a realizar, así como de la disección de los tumores próximos o en el ángulo esplénico. Para ello, se ha planteado un abordaje medial o lateral, siendo el medial el que más ventajas proporciona. En el abordaje medial el tiempo quirúrgico es menor, no se efectúan ni

cambios de trócares ni de posición del paciente; permite una mejor visión evitando las complicaciones iatrogénicas, ya que se favorece el control de las estructuras retroperitoneales como el uréter, páncreas y permite un control sobre la vena y arteria mesentérica inferior. Al permanecer el colon fijo, se evitan también las lesiones o desgarras esplénicos. No obstante en pacientes obesos con epiplon y mesenterios muy voluminosos este abordaje desde medial a lateral se hace muy dificultoso, por lo que una alternativa para tenerla en el arsenal del cirujano sería comenzar desde lateral a medial con las dificultades que presenta en cuanto a posible control de iatrogenias, la recolocación del paciente y trócares, así como el mayor tiempo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sciuto A, Merola G, De Palma GD, Sodo M, Pirozzi F, Bracale UM, Bracale U (2018) Predictive factors for anastomotic leakage after laparoscopic colorectal surgery. *World J Gastroenterol* 24:2247–2260
2. Van Oostendorp S, Elfrink A, Borstlap W, et al. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in right hemicolectomy: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2017;31(1):64–77.
3. Ricci, C., Casadei, R., Alagna, V. et al. *Langenbecks Arch Surg* (2017) 402: 417.
4. Milone, M., Elmore, U., Vignali, A. et al. *Langenbecks Arch Surg* (2018) 403: 1.
5. Qingbin Wu, Chengwu Jin, Tao Hu, Mingtian Wei, and Ziqiang Wang. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. Apr 2017.
6. Vergis AS, Steigerwald SN, Bhojani FD, Sullivan PA, Hardy KM Laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal versus extracorporeal anastomosis: a comparison of short-term outcomes. *Can J Surg* (2015) 58:63–68
7. Díaz Pavón JM, Jiménez Rodríguez R, de la Portilla de Juan F. Cirugía robótica en el cáncer colorrectal. *Cir Andal*. 2018;29(4):515-19.
8. Law W.L, Foo D.C. Comparison of early experience of robotic and transanal total mesorectal excision using propensity score matching. *Surg Endosc*. 2019; 33: 757-763.