

Cirugía laparoscópica de colon

Ramón K. Sotomayor, MD, FACS

Cirugía General, Cirugía Oncológica
HIMA Plaza I, Ste 500, Caguas, Puerto Rico
rsotomayormd@gmail.com
787.961.4211



La cirugía laparoscópica de colon es actualmente una alternativa real y viable en la cirugía del colon.

Ventajas de la cirugía laparoscópica

La rápida recuperación y la corta estadía hospitalaria han tenido un gran impacto en la práctica moderna de la cirugía de colon, tanto para enfermedades benignas como para cáncer. Las incisiones pequeñas se traducen en menor dolor postoperatorio y menor uso de analgésicos y narcóticos. El tiempo que sufre el intestino de íleo postoperatorio es menor, el intestino funciona más rápidamente y los pacientes pueden ingerir alimentos más pronto que en una cirugía abierta. El tiempo de hospitalización es de promedio de 2 a 3 días menos, lo que justifica la inversión en equipos e instrumental. Además, las complicaciones cardiorespiratorias y atelectasias, las infecciones de la herida y las hernias, son menos frecuentes.

Aspectos técnicos

Para el desarrollo de un programa de cirugía laparoscópica de colon, se requieren equipo especializado con monitores y cámaras de alta definición, variedad de lentes, trócares, grapadoras endoscópicas, equipos de energía y protectores de herida. En algunos casos, se utilizan también equipos para hacer cirugía laparoscópica asistida con la mano. Además, los hospitales tienen que reentrenar a su personal en el uso y mantenimiento de estos equipos y en la preparación de los casos.

El aprendizaje y la enseñanza de la cirugía laparoscópica del colon requieren un enfoque diferente y complejo. El colon es un órgano grande, pesado

y redundante, por lo que toma tiempo dominar la exposición para hacer esta cirugía adecuadamente. Por ejemplo, en una resección de colon izquierdo hay que trabajar en el cuadrante inferior izquierdo, moverse hacia la pelvis, dividir el recto para luego movilizar la flexura esplénica del colon izquierdo. Hay que exponer los uréteres y proteger órganos como el bazo y el páncreas, para luego llevar a cabo una anastomosis o conexión intestinal.

Indicaciones más frecuentes

Las indicaciones para la cirugía laparoscópica de colon son las mismas que en la cirugía abierta. Los casos más comunes son diverticulosis y diverticulitis recurrente, pólipos o cáncer colorectal. Indicaciones menos frecuentes son procesos inflamatorios como enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa y patologías premalignas como poliposis familiar.

Cirugía en enfermedad diverticular

Los casos de diverticulitis recurrente tienden a ser difíciles por el grado de inflamación y fibrosis que pueden presentar, más aún en pacientes que han tenido múltiples ataques de diverticulitis, tratados con antibióticos intravenosos o con medicamentos orales. Presentan induración, acortamiento del mesenterio y adherencias que pueden dificultar la división del mesenterio y la exposición ureteral.

La cirugía se hace en posición de semilitotomía con estribos ajustables, y se prepara en el campo estéril el abdomen y el área perineal. Para el pneumoperitoneo con dióxido de carbono se utiliza insuflación de 12mm Hg. Por lo general el segmento afectado que se remueve es

el colon sigmoide. Casi invariablemente se requiere la movilización de la flexura esplénica del colon para que el colon izquierdo proximal llegue hasta el recto para la anastomosis libre de tensión, en un nivel del recto que esté libre de inflamación. El colon se divide con una grapadora especial para uso laparoscópico que se pasa a través de un puerto de 12mm. La anastomosis se hace con una grapadora endoluminal circular. El espécimen se puede extraer por una herida de 3 a 5cm suprapúbica o se puede extender una de las heridas de los trócares.

El tiempo promedio de una cirugía de colon izquierdo varía de 2 a 3 horas. Se utiliza de rutina una sonda urinaria, los tubos nasogástricos se dejan a discreción del cirujano, pero la mayoría de las veces no se utilizan.

En ocasiones es necesario el uso de instrumentos para hacer cirugía asistida con la mano, que permiten que el cirujano introduzca una mano en el abdomen sin perder el pneumoperitoneo. En casos de mucha inflamación, a veces es útil hacer la disección, particularmente si el colon sigmoide está adherido a la vejiga. En la mayoría de los casos, con esta estrategia se puede bajar la tasa de conversión a cirugía abierta a un 5 a 10%.

En cáncer colorrectal

En cáncer colorrectal, los principios y el resultado deben ser los mismos que en la cirugía abierta. Esto es, márgenes amplios, manipulación mínima del tumor y una linfadenectomía adecuada. En una resección de colon se deben obtener un mínimo de 12 ganglios linfáticos en el espécimen, lo que es fácil con una buena técnica quirúrgica. Al igual que en la cirugía abierta, se recomienda la resección en bloque cuando hay invasión a otros órganos como el intestino delgado, la pared abdominal o la vejiga, por lo que, si no es factible hacerlo laparoscópicamente, se convierta a cirugía asistida con la mano o a cirugía abierta.

Sociedades profesionales como American Society of Colorectal Surgeons y SAGES (Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons) recomiendan que, antes de hacer cirugía laparoscópica de colon para cáncer, los cirujanos hagan por lo menos 20 resecciones con anastomosis en enfermedad benigna. Independiente de la habilidad individual, este es un factor que los comités de credenciales en hospitales tienen que

considerar antes de conceder privilegios para cirugía laparoscópica de cáncer de colon.

Procedimiento quirúrgico en cáncer

La parte técnica y el posicionamiento en una cirugía de cáncer de colon izquierdo y recto proximal son similares a la técnica para diverticulosis. Las resecciones de colon derecho se hacen en posición supina, con 3 a 4 trócares y con una anastomosis extracorpórea. Se pueden hacer en menos de 2 horas y, por lo general no se utilizan tubos nasogástricos postoperatorios. Se puede iniciar una dieta líquida al segundo día de la operación y casi siempre el paciente puede estar fuera del hospital al cuarto día.

Debemos considerar que, con el desarrollo de los programas de *screening* de cáncer colorectal, se están viendo con más frecuencia lesiones pequeñas en etapas tempranas o premalignas. Así, ahora se está operando a pacientes que, en muchas ocasiones, por su estadio temprano no van a requerir tratamiento adicional. En la laparoscopia se pierde el sentido de palpación, por lo que se recomienda que las lesiones pequeñas se marquen con tinta antes de la cirugía. Esto guía al cirujano y luego al patólogo.

Complicaciones

Las complicaciones en cirugía laparoscópica pueden ocurrir al igual que en cirugía abierta, aunque los problemas relacionados con infecciones son menores en la laparoscopia. Pueden ocurrir obstrucciones de los intestinos y filtraciones de las anastomosis que requieran una reintervención, drenaje y ostomías. Por lo general, el sangrado suele ser menor en la cirugía laparoscópica. Las complicaciones disminuyen con la experiencia y el buen uso de los instrumentos.

Comentario

La cirugía laparoscópica ha tenido un impacto significativo en el manejo de pacientes con patología de colon. Se requieren equipos especiales y la preparación del personal médico y técnico. Se debe divulgar y crear conciencia de las ventajas y desventajas de este procedimiento, y tanto los hospitales como las sociedades profesionales deben evaluar los resultados y la calidad de la cirugía. 