

Formación de adherencias tras cirugía abierta y laparoscópica colorrectal

Autores:

Nuria Torregrosa Pérez. Cirugía General. Hospital de Cartagena

Jose Manuel Rodríguez González. Cirugía General. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Paloma Sanz Muñoz. Cirugía General. Hospital Universitario de Getafe.

Revista original: Multicenter Observational Study of Adhesion Formation After Open-and Laparoscopic Surgery for Colorectal Cancer. Martijn W. J. Stommel, MD, PhD, Richard P. G. ten Broek, MD, PhD, Chema Strik, MD, Gerrit D. Slooter, MD, PhD, y Cornelis Verhoef, MD, PhD, z Dirk J. Gru'nhagen, MD, PhD, z Peter van Duijvendijk, MD, PhD, § Marc H. A. Bemelmans, MD, PhD, Marcel den Dulk, MD, FRCS, PhD, Colin Sietses, MD, PhD, j Tjarda N. T. van Heek, MD, PhD, j Peter B. van den Boezem, MD, PhD, Johannes H. W. de Wilt, MD, PhD, and Harry van Goor, MD, PhD, FRCS. Department of Surgery, Radboud university medical center, Nijmegen, The Netherlands; yDepartment of Surgery, Maxima Medical Center, Veldhoven, The Netherlands; zDepartment of Surgery, Erasmus University Medical Center Cancer Institute, Rotterdam, The Netherlands; §Department of Surgery, Gelre Hospital, Apeldoorn, The Netherlands; Department of Surgery, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands; and Department of Surgery, Gelderse Vallei Hospital, Ede, The Netherlands. Ann Surg. 2018 Apr;267(4):743-748. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28207436/>

ABSTRACT

Es un estudio multicéntrico observacional de 6 Hospitales de los Países Bajos, que compara la formación de adherencias después de la resección laparoscópica abierta del cáncer colorrectal.

Los datos sobre adherencias se recogieron durante la resección de metástasis hepáticas del cáncer colorrectal.

Entre marzo de 2013 y diciembre de 2015 se incluyeron 151 pacientes. 90 pacientes (59,6%) fueron sometidos a resección colorrectal abierta y 61 pacientes (40,4%) resección colorrectal laparoscópica. Las adherencias a la incisión estuvieron presentes en el 78,9% después de cirugía abierta y en el 37,7% después de la laparoscópica. La incidencia de adherencias de la pared abdominal y de cualquier adherencia fue significativamente mayor después de la resección abierta; la incidencia de adherencias viscerales no difirió significativamente.

It's a multicentric study of 6 observational Netherland Hospital company, compares adhesion formation after laparoscopic and open colorectal cancer resection. Between March 2013 and December 2015, 151 patients were included. 90 patients (59.6%) underwent open colorectal resection and 61 patients (40.4%) received laparoscopic colorectal resection. Adhesions to the incision was present in 78.9% after open and 37.7% after laparoscopic resection ($P < 0.001$). The incidence of abdominal wall adhesions and of any adhesion was significantly higher after open resection, the incidence of visceral adhesions did not significantly differ.

ARTÍCULO

En este trabajo se analizaron todos los pacientes adultos sometidos a cirugía hepática (metástasis hepáticas colorrectales que podrían resecarse o tratarse con ablación por radiofrecuencia (ARF) después de una cirugía colorrectal previa) entre marzo de 2013 y diciembre de 2015 en 6 centros hepatobiliopancreáticos en los Países Bajos. Se evaluó las adherencias en cuanto a la localización, extensión, etc. según la clasificación de Zühlke; incidencia de adherencias a la pared ventral

ESPECIALIDADES

Cirugía general

Colorrectal

PALABRAS CLAVE:

Cáncer colorrectal
Cirugía colorrectal
Cirugía laparoscopia

KEYWORDS:

Colorectal cancer
Colorectal surgery
Laparoscopic surgery
Postoperative adhesions

abdominal alrededor de la incisión; incidencia total de adherencias; grado de adherencias; grado de adhesiolisis; duración de la adhesiolisis; complicaciones quirúrgicas; eventos adversos graves; estancia media en el hospital; y episodios de obstrucción intestinal en el intervalo entre la cirugía colorrectal, y la resección hepática.

En ese periodo, 696 pacientes fueron intervenidos por metástasis hepáticas colorrectales, excluyendo 540 pacientes (por cirugía hepática primaria, cirugía combinada, drenajes percutáneos) quedando 156, de los que se analizaron 151; de estos, 90 pacientes (59,6%) habían sido intervenidos por cirugía abierta y 61 (40,4%) de forma laparoscópica.

El intervalo entre la resección colorrectal y cirugía hepática fue de 12,5 (IQR 6-25,5) meses después de abierta - en comparación con 6 (IQR 2-14) meses después de la resección colorrectal laparoscópica ($P < 0,001$).

El 78,9% del grupo de cirugía abierta presentó adherencias en la incisión previa (el 37,7% del grupo laparoscópico), en cuanto a adherencias a la pared abdominal (81,1% versus 39%), áreas afectadas (3 versus 2); y en cuanto a adherencias viscerales (89,9% versus 62,3%); y la necesidad de hacer adhesiolisis (56,7 % versus 34,4%).

La incidencia de adherencias a la pared abdominal ventral alrededor del sitio de la incisión primaria fue significativamente mayor después de la resección abierta, pero no la incidencia de adherencias viscerales.

No se constataron obstrucciones en el grupo de cirugía laparoscópica, pero si en el 4,4% del abordaje abierto (no es una diferencia significativa), que ocurrieron tras la cirugía en un intervalo de 1, 6 y 16 meses. Lo mismo pasó con la necesidad de hacer adhesiolisis (1,6 más veces frecuente en el grupo del abordaje abierto), teniendo que hacer enterotomía en el 2,2% versus 0%. Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a las complicaciones graves o la estancia media después de la cirugía hepática entre los grupos laparoscópico y abierto.

La diferencia entre el grupo abierto y laparoscópico (mediana de 12,5 frente a 6 meses) con respecto al intervalo de tiempo entre la cirugía hepática y la cirugía colorrectal podría atribuirse a que en los últimos años se operan más enfermos por vía laparoscópica.

Una limitación de este estudio es que no hay detalles sobre la cirugía inicial, que pudieran incidir en la formación de adherencias (tumor perforado, extensión).

Los autores creen que el uso de barreras de adherencia ya sea en forma de película, gel o aerosol reducirían el número de adherencias, tanto en cirugía abierta como laparoscópica.

COMENTARIO

Es un estudio multicéntrico en 6 Hospitales de los Países Bajos publicado en Annals of Surgery de 2018 (factor impacto 5.52).

Este estudio ha demostrado que la cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal se asocia con una menor formación de adherencias en comparación con el procedimiento abierto, particularmente en la pared abdominal ventral.

Sin embargo, 3 de cada 5 pacientes aún desarrollaron adherencias después de la resección del cáncer colorrectal laparoscópico contraviniendo la opinión generalizada de que la laparoscopia minimiza la formación de adherencias.

Parece que minimiza las adherencias a la pared abdominal pero no la incidencia de adherencias entre vísceras, por lo que el mensaje es que, aunque se minimizan las adherencias tras la cirugía laparoscópica sigue habiendo adherencia en un 34,46%.

BIBLIOGRAFÍA

- Multicenter Observational Study of Adhesion Formation After Open-and Laparoscopic Surgery for Colorectal Cancer. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28207436/>
- Minimal-access colorectal surgery is associated with fewer adhesion-related admissions than open surgery. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23148018/>
- Adhesive small bowel obstruction after laparoscopic and open colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427294/>

AUTOEVALUACIÓN

La cirugía laparoscópica reduce significativamente el número de adherencias tras cirugía colorrectal salvo las :

a.- adherencias viscerales

b.- adherencias al sitio de la incisión

c.- adherencias a la pared abdominal

d.- todas las adherencias