

Resección laparoscópica para la metástasis del cáncer colorrectal

Laparoscopic resection for metastasis of colorectal cancer

Alberto H. Cariello

Agradezco a las autoridades de la Revista Argentina de Cirugía haberme designado para editorializar acerca de un trabajo de la importancia de "Resecciones hepáticas laparoscópicas en el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico. Comparación con el abordaje tradicional" producido por el sector de cirugía biliopancreática del Servicio de Cirugía del Hospital Británico de Buenos Aires¹.

El trabajo se realizó retrospectivamente, utilizando la base de datos prospectiva del Servicio entre 2007 y 2015, y obtiene fortaleza en sus resultados al hecho de que evalúa, en ambas ramas del estudio, resecciones hepáticas laparoscópicas (RHL) y resecciones hepáticas abiertas (RHA), únicamente el tratamiento de metástasis hepáticas del cáncer colorrectal (MHCCR) ubicadas en las localizaciones tumorales consideradas "favorables para técnica laparoscópica": 1) segmentectomías II, III, IVB, V y VI; 2) resecciones de lesiones superficiales en segmentos VII alto, VIII alto y IV alto; 3) resecciones de lesiones alejadas de los grandes vasos intrahepáticos y aquellas que permitan resecciones regladas como: seccionectomía lateral izquierda (Seg. II y III), 4) seccionectomía posterior derecha (Seg. VII y VIII) y 5) hepatectomía izquierda (Seg. II, III y IV) o derecha (Seg. V, VI, VII y VIII).

Esta circunstancia hace muy homogéneos y comparables a los grupos cuyos resultados se pretende investigar, y les da gran fortaleza a los resultados de la investigación. De ese modo se controlan las variables concernientes al tipo de patología para tratar y muy especialmente a la localización de las lesiones, variable que genera dificultades técnicas muy diferentes entre aquellas situadas en los segmentos anteriores o inferiores, y las que asientan en los segmentos superiores o posteriores. De no tomarse esta precaución, se podría generar un sesgo de selección, tal como se produce en otros trabajos que comparan las resecciones hepáticas laparoscópicas (RHL) con las resecciones hepáticas abiertas (RHA), e incluyen en estas últimas resecciones de segmentos superiores o posteriores que habían sido descartadas para la resección hepática laparoscópica (RHL). Su debilidad más notoria reside en que se comparan resultados de 22 resecciones hepáticas laparoscópicas (RHL) con solo 18 resecciones hepáticas abiertas (RHA,) realizadas en el lapso de 8 años. Sin embargo, al tratarse la resección hepática laparoscópica de una técnica en desarrollo, es muy adecuado exponer los resultados al conocimiento de otros innovadores en el área.

Los autores enuncian, en la descripción de la técnica, la utilización de la restricción de infusiones hasta lograr una PVC menor de 5 cmH₂O con una tensión

arterial de 70 mm Hg o menor, aumentando la frecuencia del respirador para mantener una PO₂ adecuada, y el "abordaje caudal" transglissoniano con la finalidad de limitar el sangrado durante la transección parenquimatosa; lo cual demuestra una característica que diferencia los estudios de innovaciones con fármacos, de estudios similares en cirugía como el que nos ocupa, en los que la técnica o los equipos, o ambos, pueden ir variando, sobre todo en algunas de las fases o etapas durante la investigación (Ann Surg. 2014;261).

Es importante, para ubicarnos en la estructura del trabajo en análisis, referirnos a la Colaboración IDEAL (acrónimo en inglés de *Idea, Development, Exploration, Assessment, Long-term Follow-up*), una institución que nació de una serie de conferencias entre los cirujanos y especialistas en metodología en el Balliol College de Oxford, entre 2007 y 2008, convocados para estudiar por qué los ensayos de alta calidad en la cirugía eran realmente difíciles de realizar, y qué podría hacerse para mejorar la base de evidencias (Lancet. 2009;374). La conclusión fue que la innovación en cirugía sigue inevitablemente una vía muy diferente de la de los desarrollos farmacológicos, y, por lo tanto, es necesario un enfoque distinto. El grupo definió las etapas o fases de la investigación para la introducción de innovaciones en cirugía, como: **Fase 1- Idea**, comprende la descripción, la explicación inicial y la planificación de la investigación; **Fase 2- Desarrollo**, es una experiencia limitada que busca optimizar el procedimiento o el instrumento, que muestra la factibilidad de la innovación. A los fines prácticos se pueden identificar una **Fase 2a** de "desarrollo en curso": es la fase más temprana del desarrollo de los procedimientos de esta categoría y tiene el más alto grado de riesgo debido a la novedad, y la **Fase 2b**: una etapa en la que todavía hay riesgo asociado con la novedad, pero ya contiene considerables datos preliminares que apoyan la seguridad del procedimiento. En la **Fase 3-Exploración**, la técnica se encuentra más estable y es replicada por otros, está enfocada hacia los beneficios y los efectos adversos; en ella se definen la curva de aprendizaje y los parámetros de calidad del procedimiento. En la **Fase 4-Implementación**, la técnica ya es más aceptada, se compara con la práctica estándar hasta entonces, para determinar si mejora los resultados y la puede suplantar y en la **Fase 5-Seguimiento a largo plazo** se monitorizan los problemas menos frecuentes y se determinan los cambios definitivos de la técnica modificados por el uso (actualizado BMJ. 2013;346).

El informe de la 2ª Conferencia de consenso acerca de las resecciones hepáticas laparoscópicas realizada en Morioka, Japón, en octubre de

2014 (Ann Surgery. 2015;261) refiere que el jurado concluyó que: las RHL menores se habían convertido en una práctica estándar (Clasificación de Balliol IDEAL 3) y que las resecciones hepáticas mayores son todavía procedimientos innovadores en la fase de exploración (Clasificación de Balliol IDEAL 2b). Los expertos habían asumido, desde la 1ª Conferencia realizada en Louisville KY en 2008, que con el término RHL menores se designaría a las seccionectomías laterales y a las resecciones de los segmentos II, III, IVb, V y VI, es decir, la resección de los segmentos anteriores e inferiores que presentan menor dificultad técnica, y que el término RHL mayores quedaría reservado para las resecciones técnicamente más difíciles, que involucran los segmentos superiores o posteriores de la glándula hepática.

De este modo podemos ubicar el trabajo del sector de cirugía biliopancreática del Servicio de Cirugía del Hospital Británico de Buenos Aires en la Clasificación de Balliol IDEAL para el desarrollo de innovaciones en cirugía como de Fase 4-Implementación, ya que la técnica se halla establecida y la investigación está enfocada en comparar los resultados las resecciones hepáticas laparoscópicas (RHL) con las resecciones hepáticas abiertas (RHA), la técnica estándar. Lo interesante es que en el trabajo analizado se agregan como criterios

de inclusión las RHL superficiales de lesiones ubicadas en los segmentos VII alto, VIII alto y IV alto, así como las hepatectomías derecha e izquierda; lo que demuestra los progresos que se van logrando en la técnica y las nuevas fronteras que se van superando, al sacar de Fase 2b las resecciones superficiales en localizaciones superiores o posteriores del hígado y las hepatectomías derecha e izquierda regladas.

Este valioso trabajo complementa en nuestro medio otros trabajos realizados por la sección de cirugía hepatobiliopancreática y trasplante hepático del Servicio de Cirugía general del Hospital Italiano de Buenos Aires, que fue presentando su experiencia con las RHL desde 2008 (Rev Argent Cirug. 2008:94) y que recientemente evaluó las indicaciones, aspectos técnicos y resultados de 109 resecciones hepáticas laparoscópicas (RHL) por lesiones primitivas y metastásicas en un trabajo leído en la Academia Argentina de Cirugía en septiembre de 2014 y publicado en marzo de 2015 (Rev Argent Cirug. 2015;107).

**Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Rossi de La Plata. Profesor Titular de Cátedra de Cirugía y Jefe del Departamento de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP)*

Referencias bibliográficas

1. Maurette RJ, García Ejarque MD, González RR, Mihura M, Bregante ML, Bogetti J, Pirchi ED. Resecciones hepáticas laparoscópicas en el tratamien-

to del cáncer colorrectal metastásico. Comparación con el abordaje convencional. Rev Argent Cirug. 2016;108(3):113-119.