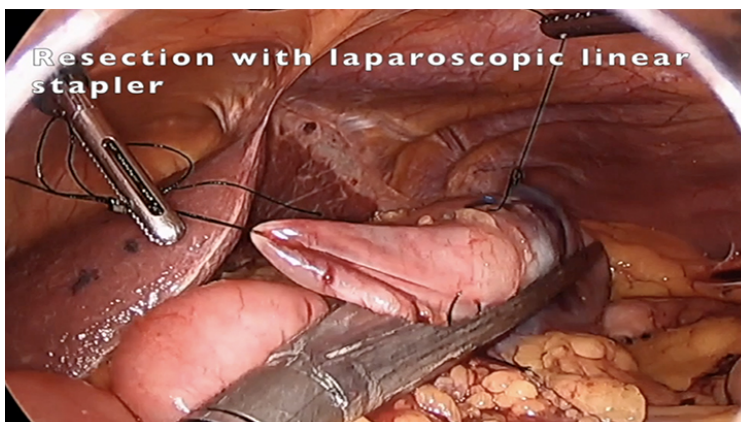


17/09/2020

Cirugía Endoscópica y Laparoscópica combinada para el tratamiento de pólipos colónicos benignos complejos



La cirugía endoscópica y laparoscópica combinada (CELS) se ha desarrollado extraordinariamente en los últimos 10-15 años como una alternativa mínimamente invasiva a la resección quirúrgica de colon para el tratamiento de pólipos benignos. Este estudio muestra algunas de las técnicas más utilizadas y evalúa la viabilidad, la seguridad y los resultados a corto plazo en los primeros 15 pacientes intervenidos en el Hospital Parc Taulí, uno de los primeros centros en introducir esta técnica en España.

En las últimas décadas, la eliminación endoscópica de los pólipos colónicos adenomatosos ha conseguido evitar en gran medida su degeneración maligna. Sin embargo, en una proporción importante (hasta un 10-15%), los pólipos de colon no se pueden eliminar de manera endoscópica debido al tamaño, localización o complejidad de la lesión. La cirugía endoscópica y laparoscópica combinada (CELS) ha aparecido recientemente como un método para tratar lesiones colónicas complejas que probablemente son benignas (no se encuentra ninguna evidencia de malignidad en aproximadamente el 80% de los pacientes) y que, de otro modo, necesitarían una cirugía mayor y una resección de colon más importante. El objetivo de este estudio era describir y evaluar la seguridad y los resultados a corto plazo del CELS para el tratamiento de pólipos complejos de colon en el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, uno de los primeros centros en utilizar esta técnica en España.

Tipos de técnicas quirúrgicas y resultados del estudio

Este estudio observacional con recopilación de datos prospectivos evaluó los resultados a corto plazo de los pacientes sometidos a CELS por pólipos benignos de colon entre octubre de 2018 y noviembre de 2019. En referencia a los criterios de inclusión del estudio, durante este periodo, por un lado, se incluyeron a todos los pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico para pólipos endoscópicamente no resecables. Por otra parte, se excluyeron a los pacientes con histopatología maligna preoperatoria, hallazgos endoscópicos que sugerían malignidad o aquellos pacientes con contraindicaciones para la cirugía laparoscópica.

En nuestra institución, durante el periodo de estudio, quince pacientes consecutivos fueron sometidos a CELS. La edad media de estos fue de 69 años (rango 47 a 90 años) y hubo una mayor proporción de hombres (n = 10, 66%). La mayoría de los pacientes eran de clase ASA II o III. El tamaño medio de los pólipos resecados fue de 3,5 cm (rango 2,5 a 6,5 cm), y la ubicación más frecuente de la lesión fue el ciego (n = 9, 60%). Catorce de las lesiones reportadas eran adenomas, con una proporción más elevada de adenomas túbulo-velosos (n = 9, 60%) y adenomas vellosos (n = 3, 20%). Siete lesiones presentaron evidencia patológica de displasia de alto grado. En un paciente no se pudo obtener la biopsia preoperatoria debido a la dificultad de obtener una exposición endoscópica adecuada durante la colonoscopia. De todos modos, la lesión no presentaba signos de malignidad.

La mayoría de los pacientes intervenidos con CELS fueron tratados mediante una Resección Colónica Atípica Asistida endoscópicamente o EAWR (n = 11, 73,3%). En cuatro casos se realizó un EAWR en combinación con una Poliplectomía Endoscópica Asistida por Laparoscopia (Laer). Un paciente con un pólipo grande en el colon ascendente se sometió a una Resección segmentaria Asistida por Laparoscopia (EASR). En tres casos, debido al tamaño y la ubicación de las lesiones, no se pudo realizar el CELS y se optó por una resección colónica laparoscópica convencional. Así pues, la tasa de éxito de la técnica fue del 80%.

No se registraron complicaciones intraoperatorias pero dos pacientes presentaron complicaciones postoperatorias (13%): un paciente presentó una fuga anastomótica el 5º día postoperatorio y requirió nutrición parenteral y tratamiento antibiótico durante diez días, sin necesidad de intervenciones posteriores. Otro paciente, sometido a una EAWR por una pequeña lesión a nivel del ciego y dado de alta a las 24h, reconsultó al cabo de una semana por dolor abdominal, sin evidenciar signos clínicos ni radiológicos de complicación postoperatoria, por lo que fue nuevamente dado de alta con tratamiento sintomático y una evolución buena posterior.

La patología definitiva detectó que cuatro lesiones, inicialmente descritas como adenomas, eran malignas (26.6%). En dos de los casos, la resección colónica oncológica se realizó en el mismo acto quirúrgico, ya que no fue posible completar el CELS debido a las características de la lesión. Por lo que concierne a las otras dos lesiones que resultaron malignas, en un caso el CELS se consideró paliativo y no se realizó ningún otro tratamiento debido a que era un paciente frágil no apto para un procedimiento quirúrgico mayor. En el último caso, una paciente de 47 años con una neoplasia maligna de sigma fue reintervenida para realizar una sigmoidectomía laparoscópica oncológica, sin incidencias.

Visión prospectiva

A pesar de la falta de estudios comparativos entre la CELS y la resección de colon, la evidencia disponible muestra menores índices de complicación asociados al CELS. Dados los resultados clínicos obtenidos en nuestro medio, se ha demostrado que el CELS es una

alternativa mínimamente invasiva, factible y segura en comparación a la resección colónica, y que evita potencialmente los riesgos y complicaciones asociadas a la colectomía en pacientes con lesiones benignas. Además, es una técnica flexible y adaptable que permite la evaluación intraoperatoria de cada lesión y que puede valorar cualquier signo morfológico de malignidad que obligaría a cambiar el plan terapéutico y a realizar una resección colónica reglada.

Aunque la técnica aún no está ampliamente extendida en el mundo, la experiencia en nuestro medio y las potenciales ventajas del CELS, tanto por el paciente como para el sistema sanitario, hacen que sea una herramienta mínimamente invasiva a tener en cuenta en el tratamiento de los pólipos benignos complejos.

Xavier Serra-Aracil¹, Esther Gil-Barrionuevo¹, Eva Martínez², Laura Mora-López¹, Anna Pallisera-Lloveras¹, Sheila Serra-Pla¹, Albert Garcia-Nalda¹, Valentí Puig-Diví², Rafael Campo², Salvador Navarro-Soto¹.

¹ Unidad de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía General y Digestiva.

² Unidad de Endoscopia. Departamento de Gastroenterología.

Hospital universitario Parc Taulí, Sabadell.

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

Javier.Serra@uab.cat

Referencias

Serra-Aracil, X., Gil-Barrionuevo, E., Martínez, E., Mora-López, L., Pallisera-Lloveras, A., Serra-Pla, S., Garcia-Nalda, A., Puig-Diví, V., Campo Salvador, R., Navarro-Soto, S. 2020. **Combined endoscopic and laparoscopic surgery for the treatment of complex benign colonic polyps: a video vignette.** *Techniques in Coloproctology*; 24(5):491-493. DOI: [10.1007/s10151-020-02171-3](https://doi.org/10.1007/s10151-020-02171-3)

[View low-bandwidth version](#)