



Valoración crítica de la evidencia.

TÍTULO

2 de cada 5 pacientes con patología colorrectales e intervenidos de urgencia por laparoscopia, tienen que ser reconvertidos a cirugía por laparotomía.

Autores de la revisión:

José Manuel Ramírez Rodríguez. Profesor Titular. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Juan Ignacio Martín Sánchez. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

Cómo citar este artículo:

Ramírez Rodríguez JM, Martín Sánchez JI. 2 de cada 5 pacientes con patología colorrectales e intervenidos de urgencia por laparoscopia, tienen que ser reconvertidos a cirugía por laparotomía. Archivos de coloproctología. 2020, 3(4):55-59. DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202045028

ARTÍCULO ORIGINAL

Referencia bibliográfica del estudio original:

Harji DP, Marshall H, Gordon K, Twiddy M, Pullan A, Meads D, et al. Laparoscopic versus open colorectal surgery in the acute setting (LaCeS trial): a multicentre randomized feasibility trial. Br J Surg. 2020.

Resumen estructurado

Objetivo:

Analizar la seguridad de la cirugía laparoscópica de urgencia frente a la cirugía colorrectal. No se tiene en cuenta la factibilidad y aceptabilidad analizada por los investigadores.



Diseño:

Ensayo clínico controlado aleatorizado, simple ciego (mantenido cegamiento hasta 7 días tras cirugía o antes si alta hospitalaria). Seguimiento a 3, 7 y 30 días y 3, 6 y 12 meses.

Emplazamiento:

5 centros sanitarios del Reino Unido con reclutamiento entre julio 2016 y noviembre 2017.

Población de estudio:

64 pacientes aleatorizados (119 evaluados para su inclusión en estudio). Criterios de inclusión: 18 años o más, patología colorrectal aguda que requiere cirugía de resección, clasificación de la cirugía al paciente mediante National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death como urgente, requiriendo cirugía entre 2 y 6 h (clasificación 2A) ó 6-18 h (clasificación 2B), idoneidad para cirugía laparoscópica y abierta. Consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión: inestabilidad hemodinámica que requiriera soporte inotrópico, patología aguda no colorrectal, cirugía laparoscópica asistida manualmente, laparoscopia y lavado peritoneal solo para patología colorrectal, inserción de un stent endoscópico como puente a la cirugía, embarazo, deterioro cognitivo preexistente y participación en otro ensayo quirúrgico.

Criterios de elegibilidad del cirujano: mínimo de 50 resecciones colorrectales laparoscópicas previamente, tasa anual de al menos 20 resecciones laparoscópicas electivas y con experiencia equivalente en el entorno abierto.

Intervención:

Tratamiento perioperatorio según protocolo institucional. Cirugía laparoscópica (33 pacientes): incisiones múltiples y única para neumoperitoneo. Conversión a cirugía abierta: herida de laparotomía en la línea media para cualquier parte de la disección colorrectal. Permitido uso de herida en línea media para facilitar extracción de muestra.



Cirugía abierta (31 pacientes): mediante laparotomía de línea media estándar.

Medición del resultado: Complicaciones intra y postoperatorias y mortalidad. Indicadores de seguridad del paciente (PSIs) definidos por la Agency for Healthcare Research and Quality. Conversión intraoperatoria de cirugía laparoscópica a cirugía por laparotomía.

Resultados principales:

Seguridad de los tipos de cirugía de urgencias analizados. Números absolutos.			
Desenlace	Laparoscopia (33)	Laparotomía (31)	Significación estadística
Complicaciones intraoperatorias	1	1	
Complicaciones postquirúrgicas (30 días)	9	13	
Complicaciones postquirúrgicas (90 días)	12	13	p > 0,05
PSIs	4	5	
Mortalidad postquirúrgica (30 días)	0	1	
Mortalidad postquirúrgica (90 días)	0	1	

El 39% (13/33) de las intervenciones mediante laparoscopia de urgencias fueron convertidos en cirugía por laparotomía.

Los investigadores refieren la muerte de 4 pacientes (sin más información, hay un error en la tabla o pacientes fallecieron fuera del periodo de seguimiento).

Conclusión:

La cirugía colorrectal laparoscópica de emergencia puede tener un perfil de seguridad aceptable.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la ausencia de conflictos de interés.

Fuente de financiación:

National Institute for Health Research - Research for Patient Benefit.



COMENTARIO CRÍTICO

Justificación:

1 de cada 3 cirugías gastrointestinales mayores tienen un carácter de urgencia por patología colorrectal. La urgencia quirúrgica se asocia con mayor morbilidad (entre el 33% y 71%) y mortalidad (entre el 14% y 17%). Son múltiples las iniciativas desarrolladas para mejorar los resultados y las pruebas sobre el uso de la laparoscopia con resultados inconsistentes, por lo que los investigadores se plantean analizar la seguridad de la cirugía laparoscópica frente a la cirugía por laparotomía. No se tienen en cuenta la factibilidad y aceptabilidad analizadas por los investigadores.

Validez o rigor científico: Relevantes los criterios exigidos a los profesionales en cuenta a experiencia clínica. Con 8 de los pacientes no se cumplió el enmascaramiento planificado en el protocolo, lo que merma pero no invalida los resultados observados. El periodo de seguimiento es adecuado, extendiéndose hasta las 12 meses post-intervención. El tamaño de la muestra es reducido (64 pacientes), por lo que los resultados resultan imprecisos y sería recomendable contar con más ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Los propios autores del estudio apuntan en la misma dirección sobre ensayos clínicos con mayor volumen de pacientes.

Importancia clínica:

Se concluye que la cirugía laparoscópica de emergencia tiene un perfil de seguridad aceptable, teniendo presente que 2 de cada 5 intervenciones tienen que ser reconducidas a cirugía por laparotomía. En otros estudios, se apunta también que la cirugía laparoscópica de emergencia puede ser segura, siempre que haya una selección adecuada de pacientes, el cirujano tenga la experiencia adecuada y haya los recursos necesarios para reconducir la cirugía a grados más complejos en caso de que así se requiera¹ o dentro de una práctica quirúrgica común².

Aplicabilidad en la práctica clínica:

Es difícil poder extrapolar a nuestro medio, o a un medio general los resultados de este trabajo. Ante todo, debemos insistir en nuestro convencimiento de las bondades de la cirugía mínimamente invasiva y la necesidad de ampliar su uso. Pero en el caso de



este estudio aleatorizado lo primero que nos llama la atención es que se ha realizado en centros que cuentan con servicios de urgencia quirúrgica y con expertos laparoscopistas en ellos. En líneas generales y en nuestro país, esta no es la norma. Por otro lado, de la serie que presentan el mayor número de urgencias van a la hemicolectomía derecha (casi la mitad de los casos) y la intervención de Hartmann. No conocemos los detalles de la indicación quirúrgica urgente, solo del diagnóstico preoperatorio. Nos hubiese gustado una mayor claridad en este punto pues sorprende el volumen de neoplasias de colon derecho que requirieron urgencia quirúrgica del global de la serie, (oclusión, sangrado, perforación...). El trabajo nos hace pensar en un sesgo en la indicación y por lo tanto en el reclutamiento, al ser, como decíamos al principio, servicios especializados de urgencia quirúrgica. Con todo esto, para nuestro medio seguimos defendiendo que la urgencia quirúrgica en colon, si no se puede demorar la indicación, puede ser laparoscópica si hay un equipo entrenado en ese momento. Lo ideal en estos casos es intentar una urgencia diferida, preparación más adecuada del paciente, y cirugía programada por unidades de cirugía colorrectal.

Análisis de la declaración de intereses de los autores del estudio original:

No hay indicios de la existencia de potenciales conflictos de interés.

Conflicto de intereses de los autores del comentario:

No existen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chand M, Siddiqui MR, Gupta A, Rasheed S, Tekkis P, Parvaiz A, et al. Systematic review of emergent laparoscopic colorectal surgery for benign and malignant disease. *World J Gastroenterol.* 2014 Dec 7;20(45):16956-63.
2. Agresta F, Arezzo A, Allaix ME, Arolfo S, Anania G. Current status of laparoscopic colorectal surgery in the emergency setting. *Updates Surg.* 2016 Mar;68(1):47-52.