

Oncología

Órgano Oficial de Comunicación del
Instituto Oncológico Nacional
Dr. Juan Tanca Marengo ION-SOLCA de la
Sociedad de Lucha contra el Cáncer, del Ecuador
SOLCA Sede Nacional, Guayaquil

Consejo Editorial

Director

Dr. Juan Tanca Campozano

Sub-Director/Editor

Dr. Jaime Sánchez Sabando

Editor Asociado

Dr. Amado X. Freire Torres, MPH.

Jefe de Redacción

Dr. René Cárdenas Valdes

Comité Editorial Nacional:

Dr. Raúl Alvarado (Azua)

Dr. Aníbal Bonilla N.

Dr. Gustavo Calderón von Buchwald

Dr. Rafael Caputi O.

Dr. Francisco Ceballos E.

Dr. Manuel Contreras R.

Dr. Santiago Contreras V.

Dr. Félix Chang C.

Dr. Fernando Checa (Pichincha)

Dra. Olivia de la Torre

Dr. Carlos Ferretti Robles

Dr. Pedro Herrera G. (Pichincha)

Dr. Miguel Jervis (Azua)

Dr. Carlos Marengo B.

Dr. Luis Pacheco O. (Pichincha)

Dr. Nalo Martínez (Tungurahua)

Dr. Guillermo Paulson V.

Dr. Jaime Plaza C.

Dr. Marcelo Recalde (Pichincha)

Dr. Carlos Robles J. (Manabí)

Dr. Hugo Sánchez A. (El Oro)

Dr. Mario Veloz G.

Comité Editorial Internacional:

Dr. Carlos Luis Arteaga (EE.UU./ECU)

Dr. Hernán Baquerizo (EE.UU./ECU)

Dr. André Baruchel (Francia)

Dr. Luis Camputaro (Argentina)

Dr. Jorge Cervantes (México)

Dr. Juan Eduardo Contreras (Chile)

Prof. Gerard Champault (Francia)

Dr. Gerard Fchaison (Francia)

Dr. Carlos Miguel Franco (EE.UU./ECU)

Dr. Luis Kowalski (Brasil)

Prof. Dr. E. Lanzós González (España)

Dr. Ademar López (Brasil)

Dr. René Guarnaluce B. (Cuba)

Sr. Rafael Jurado V. (EE.UU./ECU)

Dr. Phillippe Laser (Francia)

Dr. Joe Levi (EE.UU.)

Dr. Hugo Marsiglia (Francia)

Prof. Jean Michel Zucker (Francia)

Prof. Jean Michon (Francia)

Dr. Andrés Moral G. (EE.UU./ECU)

Dr. Manuel Penalver (EE.UU.)

Dr. Alejandro Preti (EE.UU.)

Dr. Charles Smart (EE.UU.)

Dr. Saul Suster (EE.UU./ECU)

Coordinador General:

Abg. Paúl Franco Pombo

Editorial

El Cáncer y la Cirugía Laparoscópica

Dr. Jaime Sánchez S.

31 Dic. 1998

Con el desarrollo explosivo de la cirugía laparoscópica o de mínimo acceso su aplicación en Cirugía General ha sido aceptada para realizar cualquier procedimiento quirúrgico así como para valorar cuadros abdominales o torácicos agudos de etiología incierta o de lesiones abdominales en el paciente politraumatizado por lo que se anticipaba que su aplicación racional en oncología era sólo cuestión de tiempo.

Es así que su uso en el diagnóstico y valoración del paciente con cáncer tiene un papel muy importante pues permite hacer una determinación exacta del estado de la enfermedad y poder plantear una resección curativa puesto que tal como demostró Watt y cols (1) que la laparoscopia tiene una exactitud superior a la ecografía y al TAC en la determinación de metástasis hepáticas o peritoneales en las que ambos métodos tienen poca sensibilidad especialmente para lesiones pequeñas. Sin embargo, el laparoscopia es un instrumento de valoración intrínsecamente limitado, puesto que la visión detallada de las vísceras queda circunscrito a la superficie visible de los órganos, y pueden pasar desapercibidas lesiones tumorales en la profundidad del hígado, páncreas, bazo o retroperitoneo. Esto hizo que se desarrollaran técnicas de ecografía laparoscópica las cuales se realizan con un transductor ultracompacto de disposición lineal que se pone en contacto con los órganos abdominales a través de un trocar con lo que se determina el estado del tumor como lo demostró Rosch en la valoración de cáncer de páncreas y ampulla (2)

Esto ha hecho que en la gran mayoría de los centros oncológicos del mundo, el uso de la laparoscopia sola y su complemento la Eco-laparoscopia forme parte de los protocolos de tratamiento de cáncer que afecten a órganos abdominales o torácicos, mas aun al momento su aplicación no sólo se limita para el diagnóstico sino también para el tratamiento del cáncer, lo cual se demuestra por el gran número de publicaciones y reportes de procedimientos laparoscópicos con fin curativo. Actualmente se realizan por laparoscopia resecciones segmentarias de intestino, hemicolectomías, procedimientos de Wipple, resección abdómino-perineal de Miles, vaciamientos ganglionares retroperitoneales previo a la realización de prostatectomías radicales o exenteraciones pélvicas etc., o en procedimientos paliativos como son derivaciones biliodigestiva, gástrica o bajas tipo Hartman. También se ha demostrado su utilidad para valorar la reseabilidad torácica de un cáncer de esófago. Además se utiliza también para realizar toracoscopías sean diagnósticas o curativas.

Quizás uno de los problemas surgidos con el uso de la laparoscopia en oncología fue el reporte de implantes tumorales en los sitios por los que se introducían los trocates para realizar el procedimiento. El primer caso de implante fue reportado en 1978, 14 días después que se había realizado una laparoscopia diagnóstica en una paciente con ascitis maligna (3). Posteriormente se reportaron otros casos en los que se produjeron implantes en los sitios de entrada de los trocates para extirpar la vesícula biliar en pacientes con cáncer no conocido (4). Así mismo se publicaron casos de cáncer de colon implantados en los sitios de extirpación de la pieza (5). Todos estos inconvenientes se han resuelto y al momento se protege la pared abdominal con campos de plástico a través de los cuales se introducen y se deslizan los órganos extirpados evitando la contaminación con células tumorales. El otro problema era que el tiempo quirúrgico podía ser demasiado prolongado, éste se ha disminuido con la práctica y experiencia obtenida tanto en la cirugía experimental en animales así como con el perfeccionamiento de los instrumentos y el uso cada vez mayor del procedimiento.

Con el futuro los adelantos técnicos podrán facilitar la práctica de la laparoscopia en cáncer. El uso cada vez mayor del eco-laparoscopia para la detección de lesiones parenquimatosas, de la ecografía doppler para la ubicación de los vasos sanguíneos en el grosor del mesenterio, o de tutores iluminados que permitirán la rápida identificación del ureter, la aplicación de mejores retractores de la pared abdominal para evitar el neumoperitoneo, harán de su aplicación un método seguro, confiable y rápido para el paciente que podrá permitir la masificación del procedimiento y por ende su abaratamiento y aplicación en países pobres como el nuestro en los cuales el alto costo es uno de los principales obstáculos. Por último, desde el punto de vista oncológico no será sino la prueba del tiempo la que determine el valor real de la laparoscopia quedando para el futuro su verdadera dimensión al compararla con la cirugía abierta y establecer resultados definitivos con lo cual la cirugía tradicional constituya el único tratamiento o su uso será una anécdota del pasado.

- 1.-) Watk I, Stewart I, Anderson D. Laparoscopy, Ultrasound and computed tomography in cancer of the oesophagus and gastric cardiac a prospective comparison for detecting intra-abdominal metastases. Br.J.Surg. 1989;76: 1036-9
- 2.-) Rosch T. Braig. Staging of pancreatic and ampullary carcinoma by endoscopic ultrasonography. Comparison with conventional sonography, computed tomography and angiography. Gastroenterology 1993, 102: 188-99
- 3.-) Dobronze Z, Wittmant.. Rapid development of malignant metastases in the addominal wall aacer laparoscopy endoscopy 1978, 10:127-30.
- 4.-) Pezet D., Fondrinier. ParietXI seeding of carcinoma of the gallblader after laparoscopic cholecystectomy. Br. J. Surg. 1992, 79:230
- 5.-) Nkuda, J. Rt. Morson, et al. Metastasis en la pared abdominal. Br.J. Surg. (Ed. Es) vol: 12, N2, Agosto 1994.

