

COMENTARIO EDITORIAL de:

CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. ¿DÓNDE ESTAMOS?

Diego Rengifo Abbad. Cirugía Mínimamente Invasiva. Servicio de Urología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda. Madrid. España.

El artículo del Dr. Puppo nos ofrece una excelente revisión de los datos publicados referentes a la cistectomía radical laparoscópica con la finalidad de intentar establecer su "estado del arte" en el momento actual tanto desde punto de vista técnico como oncológico y de morbilidad.

Después de casi 1000 casos publicados se ha demostrado la viabilidad de la técnica, que ha sido descrita y estandarizada. Se ha desarrollado un registro internacional en el que participan centros de referencia, han sido publicados sus datos (aprox. 600 pacientes) y han demostrado que esta técnica tiene posibilidad de seguir desarrollándose aunque ofrecen un seguimiento escaso desde punto de vista oncológico. Tienen una menor tasa de transfusión, leve aumento del tiempo operatorio y menor estancia hospitalaria con morbilidad postoperatoria similar a la cirugía abierta que permanece como el "gold estándar".

En esta serie los autores realizaron un 53% de casos con derivación urinaria continente y un 35% con conducto ileal. Este porcentaje de derivaciones continentes esta en línea con otras series tanto de cistectomía abierta como robótica, por lo tanto parece difícil justificar la afirmación de los autores, de la tendencia a realizar derivaciones urinarias más sencillas debido al incremento de tiempo por la realización del tiempo de exéresis y linfadenectomía por vía laparoscópica. Parece que esta situación puede obviarse con una adecuada planificación quirúrgica y una buena selección de pacientes durante la curva de aprendizaje. Existe un paralelismo con la nefrectomía parcial, que tienen sus indicaciones bien establecidas y que deben de ser independientes de la técnica elegida (laparoscópica o abierta).

Las conclusiones en relación a la supervivencia libre de enfermedad parecen un poco prematuras, debido al limitado tiempo de seguimiento de la serie y de otras publicadas hasta el momento. De cualquier manera, el abordaje quirúrgico no debería impactar en la mortalidad cáncer-específica, si se siguen los principios básicos del procedimiento.

Parece que la tendencia actual es a realizar la derivación urinaria de manera extracorpórea pero el desarrollo de nuevos dispositivos puede conducir en el futuro un cambio en esta tendencia. Simonato et al. publicaron en 2002 (MILaN –minimally invasive laparoscopic neobladder) enfatizando las ventajas del abordaje laparoscópico en la cistectomía y linfadenectomía junto con la realización de

la derivación intestinal con una minilaparotomía y la anastomosis uretroneovejiga de manera laparoscópica, tendencia que se ha confirmado en el momento actual. Se ofrece las ventajas de recuperación de la cirugía mínimamente invasiva con la seguridad de la cirugía abierta.

Lo que determina una mejor recuperación del tránsito intestinal es el menor tiempo de apertura abdominal con el abordaje laparoscópico, problema que algunos centros experimentados obvian con el abordaje extraperitoneal de la cistectomía en cirugía abierta.

Para poder comparar las diferentes series en relación a sus complicaciones es necesario establecer una "unidad de medida" común. En este sentido la clasificación de Clavien está siendo utilizada por centros de referencia y debería extenderse de manera generalizada cuando se comuniquen complicaciones, para poder comparar las distintas series de manera homogénea. El Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) ha publicado recientemente su experiencia (3) describiendo sus complicaciones en cistectomía radical (>1000 casos) cumpliendo los criterios de Martin (4), utilizando la clasificación de Clavien y definiendo 11 claramente diferenciadas. Encuentran hasta un 64% de complicaciones de manera global enfatizando la necesidad de una correcta evaluación de las mismas y el impacto que tienen las comorbilidades del paciente en el resultado de la cirugía.

Estoy de acuerdo con los autores que el abordaje mínimamente invasivo del cáncer vesical músculo infiltrante debe considerarse experimental pero se han desarrollado las condiciones para su implantación en centros de referencia. El diseño de estudios prospectivos y randomizados entre cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia, robot) y cirugía abierta son necesarios para poder responder a las preguntas planteadas por los autores.

Diego Rengifo Abbad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haber GP, Crouzet S, Gill IS. Laparoscopic and Robotic Assisted Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Critical Analysis. *Eur Urol.* 2008; 54: 54-64.
2. Gaboardi F, Simonato A, Galli S, Lissiani A, Gregori A, Bozzola A. Minimally invasive laparoscopic neobladder. *J Urol* 2002;168: 1080-3.
3. Shabsigh A, Korets R, Vora KC, Brooks CM, Cronin AM, Savage C, Raj G, Bochner BH, Dalbagni G, Herr HW, Donat SM. Defining Early Morbidity of Radical Cystectomy for Patients with Bladder Cancer Using a Standardized Reporting Methodology. *Eur Urol.* 2009; 55: 164-76.
4. Martin RC, Brennan MF, Jacques DP. Quality of complication reporting in the surgical literature. *Ann Surg.* 2002; 235:803-13.