

La escisión total del mesorrecto, un proceso docente y auditado de la Asociación Española de Cirujanos

El cáncer colorrectal es, según las estimaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, el tumor más frecuente en España en términos absolutos, con una frecuencia de 26.500 casos nuevos por año¹.

El tratamiento del cáncer de recto ha estado gravado durante gran parte del siglo pasado con unas tasas grandes de recidiva local con su repercusión en la disminución de la supervivencia libre de enfermedad. Este hecho fue considerado como inmodificable en la literatura médica reciente². Debido a ello, las instituciones profesionales recomendaron la utilización de la radioterapia y la quimioterapia combinadas con la cirugía como el tratamiento estándar del cáncer de recto³. Esta modalidad de tratamiento actualmente se emplea de forma sistemática en múltiples países.

Sin embargo, en 1986 Heald et al⁴, en un artículo seminal, presentaron los resultados de la operación a la que ellos denominaron "la escisión total del mesorrecto". Con ella, las tasas de recidiva local y de supervivencia libre de enfermedad en pacientes tratados con intención curativa eran del 4 y el 87%, respectivamente. Por otra parte, estos resultados se obtuvieron sin emplear tratamientos neoadyuvante o adyuvante. La técnica publicada por estos autores consiste en diseccionar, de forma meticulosa y bajo visión directa, el plano anatómico que rodea la fascia del mesorrecto. Con ello se asegura que el tumor y el drenaje linfático de éste se resequen de forma adecuada. Estos resultados, confirmados posteriormente por otras series institucionales, han permitido cuestionar la cultura previa sobre los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto.

Conocidos estos datos, en la última década del siglo pasado se planteó la pregunta de si el refinamiento técnico que supone la escisión del mesorrecto podía ser conseguido por cirujanos en el ámbito comunitario o debía ser ofrecida sólo en centros de referencia. En este sentido las experiencias de varios países han permitido obtener conclusiones. En Noruega⁵, una auditoría nacional realizada en 1993 demostró que las tasas de recidiva local en el cáncer de recto eran del 28%. Ante este hecho, la comunidad quirúrgica de Noruega decidió implantar un proceso docente y auditado en el ámbito nacional que mejorara la competencia de los cirujanos en el tratamiento de esta enfermedad. Con este proceder, la tasa de recidiva local disminuyó del 28 al 6%. A conclusiones similares se ha llegado en otros países: Países Bajos⁶ y

Dinamarca⁷ y en Suecia⁸. Todo ello ha demostrado que la aplicación de esta técnica tiene implicaciones en el pronóstico de la enfermedad y que puede aplicarse en el ámbito nacional. Esta forma de proceder en el ámbito comunitario está siendo implantada en Bélgica⁹ y Gran Bretaña¹⁰.

En España¹¹ esta técnica no se ha introducido de forma generalizada, no se han establecido programas docentes, y no se auditan los resultados de forma comunitaria. De hecho, los únicos datos existentes son los recogidos por la Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)⁸, mediante una auditoría voluntaria realizada en el año 2000. Los resultados indican que esta operación se realizó en el 68,7% de los 160 pacientes incluidos. Desgraciadamente, en el 9,32% de los especímenes quirúrgicos el número de ganglios aislados fue inferior a la cantidad considerada como estándar, dato que indica que parte de las operaciones o el estudio de las piezas de exéresis no fueron correctos.

Por todo ello, la AEC decidió, en el año 2005, implantar en España un proceso docente y auditado, similar al desarrollado en Noruega. Este proyecto parte de la hipótesis de que los resultados del tratamiento del cáncer de recto dependen de la técnica quirúrgica y de la calidad del cirujano, evaluada esta última por el conocimiento de la técnica y la amplitud de la casuística. Sus objetivos son mejorar la competencia de los cirujanos españoles y estudiar de forma continuada las tasas de recidiva local y de supervivencia libre de enfermedad de los pacientes con cáncer colorrectal tratados quirúrgicamente mediante la escisión parcial o total del mesorrecto, según la altura del tumor en el recto.

Para conseguir los objetivos propuestos, la AEC pretende formar una red de equipos multidisciplinares en España; inicialmente uno por cada medio millón de habitantes para asegurar la casuística; constituidos por dos cirujanos, un radiólogo, un patólogo, un oncólogo clínico y un oncólogo radioterapeuta. De todo ello han sido informadas las asociaciones profesionales de las especialidades implicadas.

Para conseguir mejorar la competencia, la AEC organiza cursos destinados a formar equipos integrados por tres especialidades imprescindibles en el tratamiento adecuado de este tumor, cirujanos, patólogos y radiólogos, a los que posteriormente se integran en los respecti-

vos hospitales los oncólogos clínicos y radioterapeutas. En estos cursos se imparten clases de: a) técnica quirúrgica; b) estudio del espécimen anatomopatológico, tanto del margen circular como de la calidad del mesorrecto, aspecto imprescindible para evaluar la calidad de la operación quirúrgica, y c) determinación por imagen, ecografía endoanal y resonancia magnética, de las características del tumor para decidir la utilización de un tratamiento neoadyuvante. Los cursos han sido impartidos hasta ahora por los integrantes del Norwegian Rectal Cancer Group, el cual fue seleccionado por la AEC, no sólo por sus excelentes resultados quirúrgicos, sino también por las aportaciones que han realizado a la infraestructura del proyecto en España. Durante 2006 y 2007, se han impartido cuatro cursos en los que se ha formado a 33 hospitales.

A pesar de la importancia de estos cursos, el proyecto carecería de valor si los resultados de cada grupo no fueran evaluados de forma comparativa con los de los demás. Para ello, la AEC ha puesto en marcha un registro prospectivo de tumores de recto; considerado éste como un instrumento de calidad, cuya finalidad es aportar a cada centro, de forma continuada, sus resultados para todas las variables incluidas en la base de datos, así como los del conjunto de los hospitales participantes. Este proceder, que preserva el anonimato tanto de todos los centros como de los pacientes tratados por ellos, permite que cada grupo multidisciplinario pueda corregir las desviaciones respecto a la media que se observen en su actividad.

Por parte de la AEC el proyecto tiene una dimensión nacional. Los centros son seleccionados, de entre los que lo solicitan, por el comité científico de la AEC. Desgraciadamente, no todos los hospitales pueden participar en él. La experiencia de Noruega, país al que se está emulando, indica que los resultados obtenidos en los centros que tienen una casuística pequeña, un paciente al mes, son significativamente peores que los observados en hospitales con casuísticas mayores. Por ello, se ha tomado la determinación de que los hospitales que tengan aquellas características no deben participar en el proyecto.

A pesar de todos los esfuerzos, administrativos y económicos que haga la AEC, el proyecto depende de la actitud de los cirujanos que lideren los equipos que participen. Aceptar con humildad aprender una técnica que se supone que ya se sabe, tener la constancia de enviar con regularidad y honestidad los datos al registro y, por últi-

mo, observar que en ocasiones los resultados sean peores que los de la media nacional implican unas altas dosis de constancia y humildad. Todo esto es lo que realmente permitirá sacar adelante el proyecto, con lo que ello implica para nuestros pacientes. Como muestra de ello, en este número se exponen los resultados obtenidos por los 7 hospitales que participaron en el primer año del proyecto¹².

Héctor Ortiz

Presidente de la Asociación Española de Cirujanos.
Coordinador del proyecto.
Servicio de Cirugía. Hospital Virgen del Camino.
Universidad Pública de Navarra. Pamplona. España.

Bibliografía

1. La situación del cáncer en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 2007. ISBN 84-7670-673-1.
2. Abulafi AM, Williams NS. Local recurrence of colorectal cancer: the problem, mechanisms, management and adjuvant therapy [revisión]. *Br J Surg*. 1994;81:7-19.
3. Nelson H, Sargent DJ. Refining multimodal therapy for rectal cancer. *N Engl J Med*. 2001;345:690-2.
4. Heald RJ, Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet*. 1986;28:1479-82.
5. Wibe A, Moller B, Norstein J, Carlsen E, Wiig N, Heald RJ, et al. A national strategic change in treatment policy for rectal cancer-implementation of total mesorectal excision as routine treatment in Norway. *A National audit*. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:857-66.
6. Kapitejin E, Putter H, Van de Velde CJ, and Cooperative Investigators of the Dutch Colorectal Cancer Group. Impact of the introduction and training of total mesorectal excision on recurrence and survival in rectal cancer in the Netherlands. *Br J Surg*. 2002;89:1142-9.
7. Harling H, Bülow S, Kronborg O, Moller LN, Jorgensen T, and the Danish Colorectal Cancer Group. Survival of rectal cancer patients in Denmark during 1994-99. *Colorectal Dis*. 2004;6:153-57.
8. Pahlman L, Bohe M, Cedeermark B, Dahlberg M, Linmark G, Sjö-dahl R, et al. The Swedish rectal cancer registry. DOI: 10.1002/bjs.5679.
9. Penninckx F, Van Eycken L, Michiels G, Mertens R, Bertrand C, De Coninck D, et al. PROCARE working group. Survival of rectal cancer patients in Belgium 1997-98 and the potential benefit of a national project. *Acta Chir Belg*. 2006;106:149-57.
10. Jessop J, Beagley C, Heald RJ. The Pelican Cancer Foundation and The English National MDT – TME Development Programme. *Colorectal Dis*. 2006;8 Suppl 3:1-2.
11. Ruiz P, Alcalde J, Rodríguez-Cuellar E, Landa I, Jaurrieta E, y los participantes en el proyecto. Proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. I. Aspectos generales. *Cir Esp*. 2002;71:173-80.
12. Codina-Cazador A, Espin E, Biondo S, Lujan J, De Miguel M, Alos R, et al. Proceso docente auditado del tratamiento del cáncer de recto en España: resultados del primer año. *Cir Esp*. 2007;82:209-13.