

EDITORIAL

Reflexiones sobre la Cirugía Laparoscópica.

Reflections on Laparoscopic Surgery.

José De Vinatea De Cárdenas¹

La cirugía laparoscópica aparece en un contexto mundial muy especial: Caída del muro de Berlín (1989), desintegración de la unión soviética (1991), fin de la guerra fría (89, 90, 91).

Aparece también en un contexto quirúrgico también especial: Los gastroenterólogos y radiólogos avanzaron exponencialmente en el desarrollo de procedimientos que habían sido del área quirúrgica: Drenajes, resecciones, dilataciones, biopsias, extracción de cálculos, colocación de prótesis, manejo de hemorragias y muchos otros.

Algunos procedimientos quirúrgicos prácticamente desaparecen como por ejemplo la cirugía electiva de la úlcera péptica, vencida irremediablemente por unas tabletas de pocos milímetros de diámetro.

En esta batalla se sabe que prevalecerá el que ofrezca los mismos resultados (O incluso mejores), pero agrediendo menos al paciente. Se está gestando la lógica de la mini invasividad. En este combate no habrá vencedores ni vencidos, todos ganarán, sobre todo : los pacientes.

La aparición de la cirugía laparoscópica tiene algunas particularidades interesantes:

No se inventó ni se creó nada. Todo ya existía: las videocámaras, la fuente de luz fría, ópticas, el neumoperitoneo, el CO₂, los trócares y hasta el mismísimo procedimiento de laparoscopia bajo visión directa. El Doctor Raymundo Llanio, gastroenterólogo cubano hacía laparoscopías desde 1956.

Lo único que ocurrió fue la integración de todos estos elementos ya existentes. ¿Por qué ocurrió a fines de los ochentas y no antes? Probablemente porque ya estaba instalado el concepto de menor agresión y unos cirujanos audaces y visionarios se atrevieron a juntar las piezas de este rompecabezas.

El impacto que generó difícilmente tiene precedentes comparables en la historia de la cirugía. Cayeron muchos paradigmas quirúrgicos: Al paciente hay que verlo, al paciente hay que tocarlo. No se vé al paciente sino al monitor, no se toca salvo para la instalación y retiro de los trócares.

Para colmo, la cirugía laparoscópica aparece en un momento donde todo avance o innovación tenía que tener un sustento académico. Debía estar avalado por evidencia estadística, abundantes y significativos estudios comparativos prospectivos con advertencias y recomendaciones. Ventajas y desventajas, riesgos y complicaciones, costos comparativos. Nada de eso ocurrió. Se implantó súbitamente, como un parpadeo. Otra particularidad fue la manera que se difundió. En muchos lugares, la difusión periodística superó a la académica. Los reflejos mediáticos fueron más rápidos que los académicos. Nadie anticipó su extraordinaria velocidad de su propagación.

¿Cómo explicar la rapidez de aceptación de un método tan novedoso? La única explicación es que sus ventajas eran tan evidentes que los estudios que la deberían sustentar estaban demás. Tanto los cirujanos como los pacientes actuaron como testigos y fedatarios de la notable diferencia en la respuesta de los pacientes

Conflicto de intereses:
El autor declara no tener conflictos de intereses.

¹ Jefe del Servicio de Páncreas, Bazo y Retroperitoneo, Hospital Almenara, Lima, Perú.

Correspondencia:

Dr. José De Vinatea De Cárdenas
Hospital Almenara, Lima, Perú.
E-mail: josedevinatea@gmail.com

operados: más rápida recuperación, menos dolor, menor estancia hospitalaria, precoz reintegración laboral, mejor efecto cosmético y un largo etcétera.

Otro hecho interesante: Antes de la cirugía laparoscópica, la replicación de un procedimiento realizado por primera vez en cualquier parte del mundo demoraba un largo tiempo antes de ser aplicado por lo menos en el Perú. De la primera gastrectomía en el mundo a la primera gastrectomía en el Perú pasaron varios años: 1881 a 1904 (23 años) ; el primer trasplante hepático en el mundo fue en 1963, en el Perú fue en el 2000 (37 años). El primer trasplante pancreático en el mundo fue en 1966 en el Perú en el 2008, (42 años).

Sin embargo con la laparoscopia esto no fue así: Todos comenzamos casi al mismo tiempo. Todos salimos del partidito simultáneamente. Fenómeno inédito. En un comienzo no hubo brechas ni distancias, todos a la misma velocidad. Sabíamos que ésta igualdad no sería indefinida. Las diferencias entre países vá más allá de lo académico. Anticipábamos que la brecha de separación sería básicamente tecnológica. No nos equivocamos.

En un cortísimo período de tiempo se realizaron los primeros procedimientos quirúrgicos por vía laparoscópica de prácticamente toda la cirugía abdominal.

Una vez establecida la FACTIBILIDAD, se abre el análisis de los resultados (Series de casos, estudios comparativos, complicaciones, ventajas y desventajas, etc). Se sube al siguiente peldaño: Se establecen las INDICACIONES.

En algunos foros habían discusiones muy productivas, técnicas, tips, evoluciones y resultados, éxitos y complicaciones. Sin embargo algunas discusiones realmente ahora podrían ser catalogadas como estériles y banales: ¿Quién no discutió vehementemente sobre cuál era la mejor manera de realizar una colelap? ¿Por técnica americana o por técnica francesa?. Se clasificaron centros e individuos, se perdieron amistades, (Montescos y Capuletos peleando por la Julieta laparoscópica), en suma una gran pérdida de tiempo.

¿Cuántas horas se habrán invertido para discutir la importancia de los tiempos quirúrgicos? Hoy ya se sabe que los tiempos disminuyen con el expertise. Esta afirmación es casi una redundancia.

También se puso en duda la seguridad de las suturas y anastomosis manuales por vía laparoscópica. La cirugía bariátrica laparoscópica enseñó al mundo que las anastomosis digestivas no solo eran factibles, sino lucían más seguras y definitivamente más elegantes.

Por analogía se puede extrapolar a cualquier reparación o anastomosis: biliar, conducto pancreático, vías urinarias, vasos sanguíneos, etc.

Cirugía robótica:

El Perú lamentablemente no cuenta con esta tecnología aún. Es un claro ejemplo que la brecha que separa a muchos países, no es académica sino tecnológica. Las ventajas sobre algunas habilidades humanas son indiscutibles (Ausencia de temblor, hipermovilidad articular, confort del operador, etc).

No desplaza a la cirugía laparoscópica sino la complementa. Nadie puede sostener que una apendicectomía asistida por robot es superior a una apendicectomía laparoscópica (Salvo situaciones muy particulares como la telecirugía en escenarios de guerra o viajes espaciales). La indicación más precisa de su uso en cirugía abdominal probablemente sea para las grandes y complejas cirugías más que para las cirugías comunes y cotidianas. La disección y anastomosis muy fina es donde muestra sus mayores virtudes. Las generaciones quirúrgicas actuales deberían empezar a familiarizarse con esta tecnología para que no estén desprevénidos cuando se adquiera. Es casi seguro que los costos de los equipos, tamaño, simplicidad y su mantenimiento irán mejorando progresivamente.

El aspecto a mi juicio aun no completamente resuelto es todo lo vinculado a la docencia y aprendizaje:

La cirugía laparoscópica tiene algunas consideraciones especiales (Visuales, motoras) que obliga a un enfoque diferente en su aprendizaje. Considero que es imprescindible los modelos inanimados (Cajas negras) . Se pueden aprender y practicar desde movimientos básicos hasta suturas complejas.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, clásicamente se propone lo siguiente: Ver (un número determinado), ayudar, ser ayudado y por último realizar sólo el acto quirúrgico.

Esta fórmula se tropieza con algunas realidades: hay alumnos que tienen dificultades de aprendizaje y que estas cifras son insuficientes. Como hay otros con gran habilidad donde estas cifras son excesivas.

¿Cuántas hay que ver? Las necesarias

¿Cuántas hay que hacer siendo ayudado? Las necesarias.

Otro aspecto de la capacitación que considero no resuelto es el de la ética de la curva de aprendizaje. Me

cuesta aceptar que el camino del conocimiento esté regado de muertos y heridos.

Información:

Aparece bruscamente mucha información para procesar, evaluar, comparar, reproducir.

Los eventos locales y regionales son insuficientes para manejar tanta información. Se necesitan foros específicos.

Cada país enfrentó esto a su manera: algunos formaron sociedades, otros formaron capítulos dentro de las sociedades ya existentes, otros decidieron no cambiar. ¿Cómo se crea una Sociedad Científica? Curiosamente se crea de facto: un grupo de personas se reúne y decide crear la sociedad. No son elegidos (No hay electores ni reglamentos).

Interesantemente tiene unos mecanismos de autoregulación eficientes: el gran peligro para una sociedad recién fundada es el cisma. Es por eso que en teoría deben estar todos los que deben estar.

En nuestro medio se decidió formar una Sociedad específica de cirugía laparoscópica: La Sociedad Peruana de Cirugía Endoscópica (SPCE).

El primer presidente fue el Dr. Felipe Aguilar (1992-1998), posteriormente Mario Del Castillo, Luis Poggi, Dante Castro, Jose De Vinatea, Gustavo Salinas, Carlos Velasquez, Felix Ortega, Luis Campana, Francisco Berrospi, Luis Chiroque, Giuliano Borda y el actual Dr Eduardo Anchante.

Una importante característica de la cirugía laparoscópica en el Perú es que su difusión no significó una batalla intelectual con la llamada cirugía convencional en ninguno de sus niveles. La comunidad quirúrgica mostró no solo tolerancia sino evidente interés en este nuevo abordaje.

¿Cuál es la principal enseñanza de este fenómeno?

A mi juicio: Aceptar el cambio. Tenemos que reconocer que vivimos un mundo cambiante. Pero también tenemos que reconocer que esta aceptación debe ser juiciosa, no incondicional, debe ser reflexiva, no impulsiva. Debe contener una cuota de apertura tolerante en sabia combinación con la ponderación.

Reto, De la factibilidad a la indicación: No podemos analizar a la cirugía laparoscópica como se analizó en sus inicios: la factibilidad está demostrada. El reto está en que tenemos que consolidar indicaciones, mejorar cifras de morbilidad, hacer seguimiento, investigar, pu-

blicar, descubrir. Se debe sistematizar la enseñanza en forma eficiente, moderna y ética. En suma nos falta un gran recorrido para llegar a la excelencia, pero sin duda estamos por buen camino.