

Cirugía Laparoscópica: ¿Dónde Estamos?

Dr. Carlos Lizana Siri

En los siglos XIV y XV las disecciones anatómicas del cuerpo humano eran muy escasas, ya que la Iglesia no las aprobaba. El Papa Sixto IV (1414-1484) fue el primero en aprobar estas autopsias, muchas de las cuales fueron realizadas por el médico florentino Antonio Benivieni y publicadas bajo el título de "De abidis morborum causis" (Las causas ocultas de la enfermedad).

La cirugía moderna ha basado su lento progreso en el conocimiento anatómico, legado fundamentalmente por el flamenco Andreas Vesalius (1514-1564), quien solía trabajar al aire libre y con público.

El mejor libro de la época es el gran tratado "Fabrica de humani corporis" (La estructura del cuerpo humano), publicado por primera vez en 1543 y que contiene las investigaciones de Vesalius combinadas con los sobresalientes dibujos del artista flamenco Jan Stefan Kalkar.

Innumerables son, durante estos siglos, los que han construido la cirugía moderna, conservando desde los primeros anatomistas el privilegio de acceder ampliamente a las cavidades naturales del hombre. Hasta hace pocos años el concepto de "A gran cirujano-gran incisión" resumía las virtudes del primero y las bondades de su arte.

Probablemente, nadie advirtió el alcance de la primera Celioscopia de George Kelling en 1901 examinando la cavidad abdominal de un perro, usando como endoscopio un cistoscopio de la época. Tampoco fue advertida la serie de iguales procedimientos efectuados en seres humanos por H.C. Jacobaeus en 1911, quien extiende esta inspección además del abdomen, al tórax.

Nadie pensó que el aporte de Kalk con su óptica de 135° en 1929, que la ahora famosísima aguja de Janos Verres en 1938, el insuflador automático de Kurt Semm en 1960 y la exquisita óptica de Hopkins en 1966, estaban construyendo los cimientos de un gran cambio.

Muy pocos reconocieron el valor de la laparoscopia en el ámbito de la cirugía general hasta el año 1989, cuando F. Dubois estandariza y promueve la técnica video-laparoscópica de la colecistectomía, originalmente descrita por Ph Mouret en 1984, sirviéndose del aparato símbolo de la sociedad actual: la cámara de televisión. Sólo entonces nos dimos cuenta que estábamos en presencia de lo que se ha llamado "Segunda Revolución Francesa".

Departamento Cirugía
Hospital Clínico
Universidad de Chile

COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA

La televisión transmite rápidamente las operaciones de Dubois, Mouret, Perissat, Cushieri, Götz y otros en Europa; Redick, Olsen, Berci, Mckernnan, entre otros, en Estados Unidos; Sepúlveda, Szego y Lizana en Sudamérica. Rápidamente, los cirujanos del mundo entero abrazan esta nueva revolución y se funden bajo su espíritu, negando sin más desde Vesalio en adelante. La cirugía mínimamente invasiva levanta su resplandeciente y atractivo estandarte: "A gran cirujano-pequeña incisión". La laparotomía y su campo operatorio son reemplazados por el neumoperitoneo y la visión ocular por la video imagen del monitor de televisión.

La colecistectomía laparoscópica no permite ser examinada. Deslumbra a la mayoría de los cirujanos y avasalla a unos pocos residentes. Se convierte en la vedette de cuanto evento quirúrgico ocurre y muestra (por televisión, desde luego) sus bondades: preservación estética de la forma externa, confort postoperatorio y productividad (concepto-símbolo de la sociedad actual), ya que el colecistectomizado por laparoscopia puede volver a una vida plena en un período muy corto.

Numerosas contraindicaciones relativas y absolutas para el método caen rápidamente, así se operan colecistitis agudas y escleroatróficas, pacientes con cirugía abdominal previa, y obesos. Algunos casos con embarazos tempranos también forman parte de las experiencias reportadas.

En un comienzo, la literatura norteamericana especialmente informa de complicaciones graves del procedimiento, siendo la lesión de la vía biliar principal el fantasma más temido.

La experiencia vivida en nuestro Centro es que el nuevo método sólo ofrece ventajas comparativas sobre el método tradicional cuando es realizado por cirujanos entrenados en esta técnica y con experiencia previa en la cirugía convencional, con una morbilidad casi despreciable y una mortalidad mínima (2 casos en 1.500 pacientes), aun cuando debe tenerse siempre presente la necesidad de conversión a la cirugía tradicional.

LA VIA BILIAR PRINCIPAL

Citada hace 2 años como una de las contraindicaciones relativas de la colecistectomía laparoscópica, la coledocolitiasis puede hoy en día, en algunas circunstancias, ser operada por vía laparoscópica.

Los cirujanos descubrieron, tempranamente, que la colangiografía operatoria (descrita por Mirizzi, argentino, 1952) podía ser ejecutada a voluntad durante el curso de la colecistectomía laparoscópica, y rápidamente demostraron por este método la existencia de cálculos en el colédoco, optando para su tratamiento por los métodos ya conocidos entonces, la extracción endoscópica en el postoperatorio o la conversión a la cirugía tradicional laparotomía.

Edward Phillips (1990) exhibe didácticos videos de extracción de cálculos a través del conducto cístico con finos canastillos de alambre (Dormia), y examina la vía biliar principal con coledocoscopia de pequeño calibre introducido a través del cístico. Si dispone del aparato bombardea el cálculo coledociano con ondas de choque láser.

En 1991 aparecen las primeras operaciones laparoscópicas sobre la vía biliar principal con los mismos principios de la cirugía tradicional: coledocotomía supraduodenal, exploración instrumental, lavado, revisión con coledocoscopia, y coledocografía con o sin drenaje coledociano.

Las condiciones para efectuar este procedimiento, en nuestra experiencia, requieren de una vía biliar principal mayor de 1 cm. de diámetro y de cirujanos entrenados en cirugía laparoscópica, de colangiografía de muy buena calidad, e idealmente de coledocoscopia flexible intraoperatoria.

HERNIA INGUINAL

Los históricos objetivos del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal: tratamiento del saco herniario, reparación anatómica de la pared abdominal, anestesia mínima (regional o local), están siendo reemplazados por las necesidades técnicas de la cirugía laparoscópica: anestesia general, neumoperitoneo y prótesis o mallas para cubrir el defecto parietal. En este caso, la cirugía laparoscópica no reproduce las técnicas de la cirugía tradicional y aún debemos esperar un tiempo de seguimiento para evaluar los resultados de esta modalidad de tratamiento.

A pesar de esto algunos cirujanos (entusiastas revolucionarios) llevan a cabo procedimientos laparoscópicos sobre la hernia inguinal creyendo, al igual que Robespierre, firmemente en el nuevo método.

VAGOTOMIAS

Habiendo sido la cirugía el principal tratamien-

to hasta la década del 70 de la úlcera gastroduodenal, la verdad es que en la década del 80, esta patología tiende a escapar de las manos del cirujano bajo los efectos de las drogas antiácidas y antisecretoras gástricas. Así desaparecen progresivamente las indicaciones de vagotomías (y gastrectomías) en los Servicios Quirúrgicos de todo el mundo.

Aún así, la cirugía laparoscópica permite los distintos tipos de vagotomías conocidos y probados con eficacia para el tratamiento de la úlcera duodenal. Están demostrados como factibles y con iguales riesgos y resultados las vagotomías troncales, selectivas y suprselectivas efectuadas por vía laparoscópica. El problema parece ser ahora, para los cirujanos, encontrar pacientes candidatos a vagotomías por vía laparoscópica. No sabemos si será suficiente argumento para los pacientes (y gastroenterólogos) el enunciado hasta ahora de que el tratamiento medicamentoso en la vida de un paciente ulceroso cuesta en dinero a veces más que el tratamiento quirúrgico, sin considerar en ellos las complicaciones de cada uno.

REFLUJO GASTROESOFAGICO

Al igual que ocurrió en la década pasada con la úlcera gastroduodenal, la indicación de tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico disminuyó considerablemente y por los mismos motivos, es decir, el tratamiento médico con bloqueadores de la secreción ácida controlaron eficazmente la enfermedad en la mayoría de los pacientes. Así los cirujanos practicamos progresivamente menos la cirugía antirreflujo, excepto para tratar casos de enfermedad severa que habitualmente no ceden al tratamiento médico.

Hoy en día la cirugía laparoscópica ha demostrado la factibilidad técnica de reproducir las operaciones de la cirugía tradicional y asistimos a un renacimiento incipiente y lento del tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico.

Dada la variabilidad de los síntomas y su diferente significación en cada paciente, además de los diversos grados de alteraciones anátomo-histológicas y funcionales del reflujo, parece necesario estandarizar criterios objetivos para indicar la corrección quirúrgica de esta afección.

Debemos también esperar que los resultados de la reproducción laparoscópica de las técnicas convencionales sean satisfactorios en el largo plazo.

APENDICECTOMIA

Aun siendo la apendicitis aguda la causa más común de operación de urgencia en todos los hospitales del mundo, y habiendo sido exitosamente tratada por vía laparoscópica hace ya más de 10 años, no ha logrado entusiasmar mayoritariamente a los cirujanos que hoy día practican la laparoscopia.

Al parecer, la razón de este poco interés es la simpleza técnica del tratamiento clásico de la apendicitis aguda y la habitualmente corta convalecencia post-operatoria. El tratamiento laparoscópico, en cambio, obliga a mayor complejidad técnica sin evidentes ventajas postoperatorias.

Sin embargo, la laparoscopia en manos del cirujano general puede jugar un rol efectivamente práctico y ventajoso en el diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo de etiología incierta, existiendo en la literatura variados algoritmos para su aplicación.

¿HACIA DONDE NOS DIRIGIMOS?

En la medida en que los cirujanos generales sigan integrando los procedimientos laparoscópicos a su práctica habitual, numerosas y variadas técnicas e indicaciones continuarán apareciendo.

Desafortunadamente los cirujanos no comprometemos fácilmente nuestra voluntad en trabajos randomizados cuando ya creemos conocer las respuestas a nuestras preguntas.

Aun así, y por esta misma razón, se hace imperativa la práctica de Comités de Evaluación (con disciplinas afines) de las indicaciones y de los resultados de los nuevos procedimientos laparoscópicos, que moderarán la revolución que "se ha extendido como un incendio" (Mc Sherry. C.K. 1990).

Nos detenemos aquí para citar a quien preparara las doctrinas que precedieron a la revolución, prediciéndola de manera profética y desapareciendo 11 años antes de que ella estalle: "Tout ce que je vois jette les semences d' une revolution qui arrivera immanquablement et dont je n' aurai pas le plaisir d' etre témoin... les jeunes gens sont bien heureux; ils verront de belles choses" (Todo lo que veo son los cimientos de una revolución que llegará inevitablemente y de la cual no tendré el placer de ser testigo... los jóvenes de hoy son muy afortunados; ellos verán cosas bellas. Francois Arouet de Voltaire (évidemment).