

Cirugía vascular laparoscópica: sueño o futura realidad

F. Vaquero-Morillo

Possiblemente la palabra ‘sueño’, si hiciésemos una encuesta entre compañeros de la especialidad, sería la que con mayor precisión definiría la forma de pensar actual de la inmensa mayoría, en relación con la cirugía vascular laparoscópica (CVL), tomada del diccionario en forma figurativa como: ‘Cosa que carece de realidad o fundamento, especialmente proyecto, deseo, esperanza sin posibilidad de realizarse’.

La reflexión que introducimos es si estamos todos absolutamente seguros de que la CVL efectivamente no tiene futuro. Para expresarlo de otra manera: si el único futuro evolutivo de la cirugía vascular será exclusivamente la cirugía endovascular (CE) o si pueden coexistir otras alternativas. De lo que todos creemos estar totalmente convencidos es de la evolución progresiva e imparable de todas las formas de cirugía hacia actuaciones de mínima invasión (CMI), mientras la cirugía siga teniendo indicaciones ante el fracaso del tratamiento médico.

La evolución de la especialidad hacia lo que se han llamado los nuevos modos ha sido muy rápida en los últimos años, tanto en el diagnóstico –al potenciar en mayor medida técnicas menos invasivas (eco-Doppler, angiorresonancia)– como en el tratamiento

–desarrollo de la cirugía endovascular–. Estamos en plena marea de estas técnicas, gracias a los avances conseguidos por la investigación en nuevos materiales y dispositivos, aunque para ello hayan pasado 32 años desde el balón de Gruntzig y 15 desde la endoprótesis de Parodi. Para haber hecho posible esta realidad, también se ha necesitado invertir ingentes cantidades de recursos de todo tipo, y las previsiones futuras siguen en ascenso.

Como cirujanos deberemos adaptarnos a los cambios que el estado del arte –ahora con la medicina basada en la evidencia– continuamente nos va señalando. La CE ya ha demostrado suficientemente sus ventajas a corto y medio plazo, cuando es factible realizarla; por eso todos la hemos hecho nuestra, en espera de que –como juez– el paso del tiempo establezca los resultados definitivos. Sin embargo, todavía queda en nuestras manos un potencial muy importante de reconversión hacia formas mínimamente invasivas, que son todas las técnicas quirúrgicas que seguimos haciendo de manera tradicional.

Ante esta situación, nuestra posición relativa sobre la CVL puede ser la de dejar pasar los años sin hacer nada por desarrollarla, en espera de resultados confirmados, y realizar mientras el resto de la cirugía de forma tradicional, o intentar orientar hacia la CVL aquellas técnicas que son factibles de este modo.

Sus ventajas como una forma de CMI ya se han acreditado suficientemente. El ejemplo lo tenemos en el auge que ha alcanzado en otras especialidades.

Aceptado tras revisión externa: 07.06.06.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital del León. León, España.

Correspondencia: Dr. Fernando Vaquero Morillo. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital del León. Altos de Nava, s/n. E-24071 León. E-mail: fernandovaquero@ono.com

© 2006, ANGIOLOGÍA

La cirugía por laparoscopia es el mismo tipo de cirugía que la tradicional, realizada de otra manera. El cirujano pierde mucho de su sentido del tacto, debe adaptarse a la nueva forma de visión y a la pérdida de movilidad de la muñeca. El paciente está más lejos, pero el sustrato final es idéntico. Para realizar un injerto aortobifemoral por laparoscopia –como tratamiento de un síndrome de Leriche o de un aneurisma de la aorta– deberemos seguir las mismas indicaciones que en abierto, y sus resultados a largo plazo no deberán ser diferentes. Ambas usan principios quirúrgicos de disección similares, pinzamiento y el mismo tipo de prótesis. Lo que sin duda será diferente para el paciente es la agresión mínima que se necesita para la CVL, con las consecuencias de menor dolor postoperatorio, recuperación mejor y más rápida, con mayor calidad de vida.

Creemos que las ventajas posibles de la CVL en relación con la abierta –en la región anatómica de las grandes cavidades del tórax y el abdomen– son fáciles de aceptar, al menos en teoría. En relación con la cirugía de los miembros, deberemos esperar a que se produzcan nuevos avances para que pueda resultar atractiva.

¿Cuáles son las desventajas?, ¿cuáles son los problemas para que la CVL permanezca dormida en nuestro medio, en espera de que se aclare el panorama? Posiblemente la razón negativa de más peso sea que esta cirugía necesita de una curva de aprendizaje muy exigente, basada en una formación especial. Necesita muchas horas de práctica en un simulador antes de que estemos en condiciones de pasar a las siguientes fases [1]; deberemos compaginar estos pasos con el trabajo de ayudante, integrado en un equipo que realice asiduamente laparoscopias, y efectuar las primeras técnicas personales en modelos animales y/o en cadáveres, antes de pasar a realizarlas finalmente en seres humanos.

También será necesario superar el escepticismo. Si cualquiera de nosotros asistiésemos en directo a una cirugía aórtica por endoscopia –realizada por

alguno de los equipos verdaderamente expertos–, quedaríamos convencidos de sus posibilidades, fascinados por su seguridad y armonía de movimientos una vez superada la curva de aprendizaje. Los tiempos empleados por estos expertos son tan aceptables como pueden ser en abierto los empleados por nuestros cirujanos en formación o por cualquiera de nosotros cuando se complica una disección o la sutura. El secreto del éxito para conseguir estos tiempos se llama trabajo en equipo y mucha práctica. Afortunadamente para todos, la posibilidad de asistir a cirugías en vivo por teleconferencia resulta cada vez más asequible.

La CVL es un reto a nuestro alcance; para superarlo deberemos convencernos de que con esfuerzo podemos conseguirlo, pero también se necesitan ayudas de muchos tipos, las cuales –a día de hoy– son todavía muy pocas.

La inversión de la industria en ayudas de formación para esta cirugía es todavía escasa, en comparación con la endovascular; sin embargo, estamos convencidos de que su apuesta crecerá paralelamente en los próximos años, en sintonía con nuestra motivación. Aunque el aprendizaje inicial y el mantenimiento de las habilidades se puede realizar en nuestro propio domicilio con *endotrainers* artesanales, se precisa disponer en los servicios de simuladores más avanzados de tipo *pelvitrainers*, que permitan reproducir situaciones reales, así como –en un futuro– de simuladores específicos de realidad virtual.

En Francia, actualmente una veintena de grupos realizan regularmente CVL. La apuesta de los responsables de la mayoría de los servicios ha sido designar a un cirujano joven al aprendizaje de estas técnicas para que sea él quien se encargue de llevarlas adelante aprovechando los recursos disponibles. Sólo han pasado 13 años desde que Dion et al [2] sentaron las bases de la técnica, y 4 años desde que Coggia et al [3] describieron su primera vía simplificada de abordaje. Es muy poco tiempo, pero otros han recorrido ya un largo camino. En nuestro medio

estamos todavía debatiendo si merece la pena ponernos manos a la obra.

A nosotros nos corresponde valorar si la apuesta tiene futuro, si resulta factible dedicar a un especialista preferentemente joven que quiera de modo voluntario asumir el reto, en algunos de nuestros servicios. Deberemos brindarle todo el apoyo para que pueda practicar regularmente, asistir a cursos de aprendizaje y visitar de forma volante hospitales donde se realice habitualmente esta cirugía para presenciar intervenciones.

Posiblemente, si en algunos de nuestros servicios se superase en un futuro cercano la curva de aprendizaje y se realizasen con asiduidad estas técnicas, sería por contagio –la manera más sencilla de que la CVL tuviera las perspectivas de futuro que sin duda se merece, por ser el paradigma de la CMI–.

A la cirugía endoscópica se le augura un futuro brillante en todas las especialidades quirúrgicas; la

nuestra no debe ser una excepción, a pesar de nuestras peculiaridades. La formación para conseguir las habilidades necesarias es el camino que debemos animar a recorrer a las nuevas promociones de cirujanos vasculares que quieran dejar de una vez el sueño para conseguir la futura realidad. La tenemos a nuestro alcance; ¿la alcanzamos?...

Bibliografía

1. Duchâtel JP, Loscertales B, Vaquero F. Cirugía laparoscópica aórtica paso a paso. In Usón J, Sánchez FM, Pascual S, Climent S, eds. Formación en cirugía laparoscópica paso a paso. Cáceres: Centro de Cirugía de Mínima Invasión; 2005.
2. Dion YM, Katkhouda N, Rouleau C, Aucoin A. Laparoscopy-assisted aortobifemoral bypass. Surg Laparosc Endosc 1993; 3: 425-9.
3. Coggia M, Bourriez A, Javerlat Y, Goëau-Brissonnière O. Totally laparoscopic aortobifemoral bypass: a new and simplified approach. Eur J Vasc Endovasc Surg 2003; 24: 274-5.