

Cirugía endoscópica 15 años después: más luces que sombras

En este número de Cirugía Española, el Dr. Cuesta, uno de los pioneros de la cirugía endoscópica (CE) a nivel mundial, publica un artículo especial en el que resume las indicaciones de la CE en los distintos campos de la cirugía general y del aparato digestivo, a la luz de las evidencias contrastadas actualmente¹. Este editorial tiene por objeto hacer algunas reflexiones personales sobre el impacto de la CE en la práctica clínica, con la perspectiva de poco más de 15 años de historia.

La CE constituye uno de los avances más espectaculares de la cirugía en el siglo xx, comparable, por su repercusión social y económica, a la circulación extracorpórea y los trasplantes de órganos. En la segunda mitad del siglo xix, gracias al descubrimiento de la anestesia, la antisepsia y la hemostasia, el cirujano logra, por fin, entrar en las cavidades orgánicas, ampliando extraordinariamente su campo de actuación. Más de 100 años después, a finales del siglo xx, aparece la moderna CE, que realiza la misma cirugía cavitaria pero evitando las amplias incisiones de acceso. Esta nueva forma de operar, en principio, despertó un interés relativo entre la mayoría de los cirujanos, ya que, además de exigir un aprendizaje específico, no se le suponían otras ventajas que las estéticas y una menor incidencia y tamaño de las ventraciones. Sin embargo, pronto se puso de manifiesto, de manera tan incuestionable como sorprendente, su menor agresividad respecto a la cirugía abierta (CA) (mayor bienestar postoperatorio, menor tiempo de hospitalización y de baja laboral, etc.). El escepticismo inicial dio paso a un interés creciente por la CE, que fue ganando adeptos y ampliando sus indicaciones, desde la colecistectomía inicial a otros campos de la cirugía abdominal, pudiéndose afirmar actualmente que casi todas las técnicas de cirugía abdominal se pueden realizar por CE.

Ahora bien, el hecho de que una técnica quirúrgica “pueda” realizarse por CE no significa que “deba” realizarse así. Para considerar la CE como técnica de elección frente a la CA hay que demostrar, con la mejor evidencia posible que, con las ventajas de su menor agresividad, puede realizarse con la misma seguridad y eficacia curativa que ésta. Además, estos resultados deben ser reproducibles. En el diseño de estos estudios es muy importante definir la variable “cirujano”, es decir, el

grado de destreza y adiestramiento de los cirujanos que intervienen en los estudios ya que, de no hacerlo, se puede llegar a conclusiones erróneas. En este sentido, si comparamos el artículo del Dr. Cuesta con el editorial y el artículo especial que sobre “Indicaciones de la cirugía laparoscópica no ginecológica” publicó CIRUGÍA ESPAÑOLA en noviembre de 1995^{2,3}, podemos comprobar que la CE ha ampliado sus indicaciones de forma importante, considerándose como el tratamiento de elección en la litiasis biliar no complicada, el reflujo gastroesofágico, la esplenectomía en enfermedades hematológicas, la adrenalectomía por patología benigna, la cirugía de la obesidad mórbida, algunas formas de abdomen agudo, etc. Por el contrario, en otras situaciones patológicas (litiasis de la vía biliar principal, trastornos motores esofágicos, grandes hernias paraesofágicas, hernias de la pared abdominal, cáncer colorrectal, etc.) persisten serias dudas sobre sus ventajas respecto a la CA. Por último, el papel de la CE para efectuar resecciones hepáticas mayores, resecciones pancreáticas y resecciones esofagogástricas debe considerarse aún en fase experimental.

Respecto a la seguridad de la CE, todos somos conscientes de que se trata de un recurso terapéutico excelente, pero potencialmente muy peligroso, sobre todo, aunque no siempre, en manos inexpertas. Ello se ha puesto de manifiesto, por ejemplo, ante el evidente incremento de lesiones quirúrgicas de la vía biliar —más graves que en CA—, que pueden requerir para su tratamiento incluso un trasplante hepático, cuando la intención inicial era simplemente acortar la estancia y mejorar el bienestar de la cirugía por una enfermedad benigna. Aunque no hay que alarmarse, ya que la iatrogenia también existe en la CA, estamos obligados a reflexionar sobre los factores que restan seguridad a la CE. En este sentido, la necesidad de una formación y un adiestramiento específicos, adecuados y suficientes en esta nueva forma de operar, surgen como un factor fundamental. No es el momento de discutir cómo ni cuándo debe realizarse esta formación, pero sí debemos señalar que tanto la Asociación Española de Cirujanos como la Comisión Nacional de nuestra especialidad tienen entre sus responsabilidades más perentorias garantizar y controlar esta formación, tanto para los MIR en su período docente como para los cirujanos especialistas en ejercicio.

El aprendizaje de la CE supone un "plus" de exigencia para el cirujano general en formación, ya de por sí muy exigido. Sin embargo, las evidencias acerca de las ventajas de la CE sobre la CA se van acumulando en distintas áreas, por lo que su conocimiento y dominio técnico, hasta ciertos niveles de complejidad, debe considerarse una necesidad para el cirujano del siglo XXI. Ningún cirujano general y de aparato digestivo del nuevo milenio podrá permitirse el lujo de prescindir de la CE. En los primeros años de su corta historia se "señalaba" a los pocos cirujanos que practicaban la CE con una mezcla de respeto y desdén, esto último por considerarlos en algunos foros ávidos de protagonismo. El escenario ha cambiado de tal forma que en la actualidad se "señala" a los cirujanos que no la practican, especialmente en las situaciones patológicas en que la CE se considera el "patrón de referencia" para su tratamiento, como ocurre con la litiasis biliar no complicada.

La CE sólo representa una alternativa técnica a la CA. Las indicaciones para su realización deben ser las mismas que para la CA y deben respetarse escrupulosamente. En la actualidad, la mayoría de los cirujanos expertos en CE son cirujanos polivalentes que efectúan correctamente cualquier tipo de procedimiento endoscópico. Este tipo de cirujano endoscopista "para todo" ha sido importante en el pasado, yo diría que necesario, pero éste no es el camino del futuro. La necesaria superespecialización no vendrá marcada por la vía de abordaje que utilice el cirujano, sino por el tipo de patologías a las que dedica una atención preferente: coloproctología, cirugía endocrina, cirugía esofagogástrica, cirugía hepatobiliopancreática, etc. En estas áreas, los cirujanos trabajarán en estrecho contacto con otros especialistas como responsables directos del tratamiento quirúrgico, ya sea por CA o por CE, aunque para llegar a ello todavía hace falta una importante tarea de formación en CE y de integración en cada subespecialidad.

La CE, además de su valor intrínseco, tiene un importante valor añadido, derivado de su influencia sobre la

práctica quirúrgica en CA. Ha hecho desaparecer algunos mitos (drenaje subhepático sistemático tras colecistectomía, abuso en la indicación y mantenimiento de la sonda nasogástrica, etc.) y sobre todo ha contribuido notablemente a la "cultura de alta precoz".

Como vemos, hay más luces que sombras en la corta historia de la CE y, probablemente, esta tendencia se incrementará con la mejoría de los recursos tecnológicos y de los métodos de enseñanza/aprendizaje, entre los que considero fundamental el hecho de que cada vez sea mayor el número de cirujanos expertos en CE. Por todo lo anterior, creo que la CE aún no ha dado la medida real de sus posibilidades. Eso sí, hay que avanzar con calma, ya que también existen sombras relacionadas, sobre todo, con la seguridad de los pacientes, que debe primar sobre cualquier otra consideración. No siempre los accidentes ocurren en manos inexpertas. También se producen por exceso de confianza.

Por último, aunque la CE es un bello ejemplo del ingenio, espíritu innovador y afán de superación que caracterizan a los cirujanos, me gustaría resaltar, utilizando las palabras de Soper⁴, que en ningún caso la cirugía debe representar un triunfo de las habilidades técnicas sobre el sentido común.

Pascual Parrilla-Paricio

Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Bibliografía

1. Cuesta MA. Cirugía endoscópica: ¿dónde estamos 15 años después? *Cir Esp* 2003;74:193-6.
2. Parrilla P. Editorial. *Cir Esp* 1995;58:381.
3. Parrilla P, Bas A, Colomer J, Cruz Vigo JL, et al. Indicaciones de la cirugía laparoscópica no ginecológica. *Cir Esp* 1995;58:382-92.
4. Soper NJ. Laparoscopic general surgery-past, present and future. *Surgery* 1993;113:1-3.