



Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



Editorial

Enseñanza y formación en cirugía endoscópica de la pared abdominal

Education and training in endoscopic surgery of the Abdominal wall

Ninguna enfermedad del cuerpo humano del ámbito quirúrgico requiere para su tratamiento de una mayor combinación de conocimientos anatómicos y de destreza quirúrgica que la hernia en todas sus variedades.

Sir Astley Paston Cooper

La bibliografía que se publica sobre formación en cirugía endoscópica es limitada, y más aún si nos centramos en el contexto de la pared abdominal (área de interés de esta importante revista), ya que nos encontramos con muy pocas publicaciones sobre su enseñanza y formación. Si buscamos razones para este hecho, podemos encontrar algunas que resultan de interés, como la escasa formación académica consensuada en nuestros posgrados de cirugía en el ámbito de las técnicas endoscópicas, así como pocos servicios quirúrgicos orientados a la exclusiva resolución de la patología herniaria a nivel mundial.

Ya observaba el Dr. Moreno Egea¹ que el abordaje laparoscópico ha cumplido 22 años con un balance de difusión (aceptación) muy variable, refiriéndose a la hernia inguinal. Comentaba que se necesitaría no solo una formación adecuada (tanto en el ámbito anatómico como de técnica) sino también un equipo quirúrgico y diseño de organización apropiados (factores que desempeñan un papel preponderante en la enseñanza y desarrollo de las técnicas endoscópicas aplicadas a la pared abdominal).

El Dr. Carbonell Tatay² mencionaba que el estudio del tratamiento quirúrgico de la patología herniaria está en constante evolución (por ejemplo, en lo relativo a materiales protésicos, sistemas de fijación o nuevos antibióticos, entre otros). Si a esto añadimos los continuos cambios e innovaciones tecnológicas en la cirugía endoscópica (nuevos métodos o medios de abordaje, nuevos sistemas de visión, nuevo instrumental y más) podemos concluir que la resolución de la patología herniaria no es tan sencilla como pudiera parecer, por lo que su enseñanza y formación también deben estar atentas a estos cambios.

Cabe resaltar lo mencionado por el Dr. Moreno Egea³ respecto a la aparición de la cirugía laparoscópica, la cual complicaba más aún la adaptación y modernización del cirujano, o que las técnicas laparoscópicas para las hernias se consideran complejas, que precisan de una curva de aprendizaje mayor (hecho realmente cierto considerando la enseñanza de la anatomía de la región inguinal por ejemplo, bajo un concepto de abordaje anterior –planos de disección anatómicos topográficos de superficie a profundidad– en la mayoría de nuestras escuelas de medicina, obviando el abordaje posterior, clave para la reparación herniaria por técnicas endoscópicas). A pesar de que los elementos anatómicos son los mismos, el desconocimiento de la anatomía por esta vía posterior retarda la adaptación a esta técnica por parte del cirujano, y si a ello sumamos –por ejemplo– el limitado espacio de trabajo con que se cuenta en el abordaje totalmente extraperitoneal para la reparación herniaria inguinal, la curva de aprendizaje se hace mayor. Es aquí donde gana interés la técnica que promulga el Dr. Daes Dacaret: una técnica totalmente extraperitoneal de vista extendida⁴ que, a mi juicio, debe utilizarse en los primeros pasos en este abordaje.

Como se sabe, la hernia inguinal, la incisional y la umbilical gigante son las más reparadas comúnmente por técnicas endoscópicas, sin olvidarnos de que tanto las poco frecuentes (epigástrica, de Spiegel, lumbar y obturatriz, entre otras) como la hernia postraumática y denervaciones de masas musculares también podrían repararse con dicha técnica. Esto condiciona más aún su compleja adaptación por parte del cirujano general, por lo que estos últimos casos terminan habitualmente en manos de cirujanos expertos en pared abdominal con entrenamiento en cirugía laparoscópica.

El problema de la reparación herniaria mediante cirugía endoscópica radica más allá de la formación del cirujano general, donde este último logra generalmente un desempeño aceptable en su formación (residencia) en cirugía laparoscópica básica (colecistectomía, apendicectomía y laparoscopia

diagnóstica). Sin embargo, la cirugía laparoscópica avanzada (donde entra la resolución herniaria) no es la más desarrollada de forma habitual en nuestras instituciones, lo que genera un obstáculo en el momento de su práctica diaria. Por otro lado, debe existir un balance adecuado, ya que no todos los cirujanos con entrenamiento en técnicas endoscópicas son cirujanos especialistas en hernias y viceversa, lo que condiciona aún más el lento crecimiento y adaptación de las técnicas endoscópicas en la reparación herniaria.

Es por esto que en Venezuela, nuestro país, y específicamente en nuestra Unidad de Cirugía de Invasión Mínima –que funciona como centro de entrenamiento laparoscópico desde 2004– hemos venido realizando cursos de entrenamiento en cirugía endoscópica de pared abdominal desde 2009. Utilizamos animales de experimentación como el cerdo (*Sus scrofa domestica*) para entrenamiento en hernias inguinales y hernias incisionales, mientras que los caprinos (*Capra aegagrus hircus*) se han venido empleando recientemente para el entrenamiento en hernias inguinales, en vista de que el aprendizaje de estas habilidades técnicas en pacientes resulta cada vez más restringido por presiones del medio (principalmente éticas, es decir, tratando de poner en el mínimo riesgo a los pacientes⁵).

Estos cursos están dirigidos exclusivamente a cirujanos con entrenamiento previo en cirugía laparoscópica básica y avanzada, y tienen la finalidad de enseñar las técnicas quirúrgicas endoscópicas de la patología herniaria (inguinal e incisional) bajo la modalidad de componente teórico (clases teóricas, cirugías en vivo con expertos) y de componente práctico (ejecución de la técnica en los animales de experimentación previamente mencionados).

Consideramos que las charlas teóricas (sobre anatomía, técnica quirúrgica, complicaciones, etc.) junto con las cirugías en vivo (transmisión al auditorio con interacción) aportan al cirujano el reforzamiento necesario para el inicio o continuidad en su práctica clínica, apoyado en un componente práctico orientado por instructores especializados en la materia, por lo que puede, sin duda alguna, generar el entusiasmo y la determinación de continuar con la formación de la reparación endoscópica de la pared abdominal, considerando los otros

niveles de aprendizaje de las técnicas endoscópicas, como el tutelaje y la asistencia a centros especializados y a congresos.

Es necesario, entonces, la implementación y continuidad de cursos similares a estos en el ámbito internacional (sobre todo en países en vías de desarrollo, donde es difícil la asistencia continua a centros especializados), así como la implementación de cursos *on-line* sobre este tema (aprovechando el poder de alcance de internet y para tener más en cuenta la docencia en esta área en los congresos de cirugía a nivel mundial).

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Egea A. ¿Por qué la hernioplastia inguinal bilateral laparoscópica (totalmente extraperitoneal) no ha conseguido mayor difusión después de dos décadas? *Rev Hispanoam Hernia*. 2013;1:3-4.
2. Carbonell Tatay F. El motivo de una revista de hernia en español para los cirujanos de los veintiún países que hablamos esta misma lengua o David contra Goliath. *Rev Hispanoam Hernia*. 2013;1:1-2.
3. Moreno Egea A. Unidades de Pared Abdominal y formación (en España). *Rev Hispanoam Hernia*. 2013;1:55-6.
4. Daes Dacaret J. La técnica totalmente extraperitoneal de vista extendida (e-TEP) para la reparación de la hernia inguinal. *Rev Mex Cir Endoscop*. 2011;12:118-22.
5. Lanzarini E. Simulación: una herramienta útil en la formación quirúrgica moderna. *Rev Chilena de Cirugía*. 2008;60:167-9.

Carlos Caballero Degregori

Servicio de Cirugía núm. 1, Hospital Central Universitario
Dr. Antonio María Pineda, Unidad de Cirugía de Invasión Mínima
(UCIM), Centro de Entrenamiento Laparoscópico, Barquisimeto,
Venezuela

Correo electrónico: ccaballero@ucla.edu.ve

2255-2677/\$ – see front matter

© 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por
Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2013.11.001>