

MEMORIA

DESARROLLO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

Dr. Miguel A. Statti

Introducción e Historia

Se atribuye al Dr. Jacobaeus (Suecia) haber realizado las primeras laparoscopías en seres humanos en 1901. Desde la década del 70 el Dr. Raimundo Llanio (Cuba) predicó en el desierto sobre las bondades de la laparoscopia en el dolor abdominal agudo. El Dr. Semm (Alemania) en 1982 presentó sus clásicos trabajos sobre la realización de procedimientos invasivos por vía laparoscópica incluyendo apendicectomías. En la Argentina, promediando los '80, A. Kleiman realizó un modelo experimental en ovejas para colecistectomía laparoscópica, y lo presentó como tesis de doctorado ante la Universidad Nacional de La Plata, sin lograr mayor repercusión.

La primera colecistectomía laparoscópica en seres humanos en el mundo fue realizada por el Dr. Mouret en 1987 en Francia. Con ella se inició el cambio en la técnica quirúrgica más importante y más rápido de los últimos 100 años. En nuestro Hospital la laparoscopia fue práctica de los gastroenterólogos en el estudio de las hepatopatías y de hecho debo reconocer que fue el Dr. Ricaurte quien me enseñó a realizar la laparoscopia con anestesia local por el año 1984.

En el curso del año 1989 en una conversación con el Dr. Pomposiello me comenta que unos cirujanos ingleses habían estado en Katar mostrando la cirugía videolaparoscópica. En ese momento recordé un artículo leído hacía corto tiempo sobre la nueva técnica e hice un comentario que fue dicho miles de veces en estos años por incontables cirujanos que se resistían al cambio: "yo opero por una incisión del mismo tamaño que la suma de los orificios de los trócares". En 1990 asistí al primer curso de cirugía laparoscópica en vivo realizado en el país. En el mismo se realizó una colecistectomía y una apendicectomía. De más está decir que muchos asistentes a dicho curso repitieron la famosa frase.

Por ese entonces (1990) conversando con el Dr. Mettler sobre el tema, éste se muestra partidario de su incorporación y me insta a capacitarme. Iniciamos contactos sobre el particular con el Dr. Xynos, que estaba en la Saint Louis University, quien nos contacta con el Dr. Charles Andrew, que estaba a cargo del programa de Cirugía Laparoscópica en dicha Universidad. En octubre de 1991 concurrí un mes en el Departamento de Cirugía Laparoscópica de la Saint

Louis University y hospitales asociados. Allí ví realizar colecistectomías, apendicectomías y hernioplastias por vía laparoscópica. Pero mi sorpresa fue mayúscula al ver realizar la primera nefrectomía laparoscópica. Luego de un mes inolvidable por el contacto con esta nueva tecnología y la cordial hospitalidad de la familia Xynos, comencé a sentir que después de todo, ésto, más que una simple moda, era una revolución.

Desarrollo

Los trámites de compra del equipo se iniciaron a mi regreso por orden del Dr. Barry, quien mostró mucho interés en la técnica. En junio de 1992 llega el día D: se realizó la primera colecistectomía laparoscópica en nuestro Hospital. El equipo quirúrgico estaba formado por los Dres: Miguel Statti, Eduardo Fiolo y el anestésista fue la Dra. Eva Muñiz Tardamos 3 hs. Las dos siguientes colecistectomías duraron 2 hs y las siguientes 90 minutos. Por largo tiempo estuvimos lejos de los 45 minutos que tardaba el Dr. Mario Statti en realizar el procedimiento convencional. El progreso se fue midiendo en meses, y esta cirugía me resultaba más una carga que una fuente de satisfacciones. La cirugía de la vesícula comenzó con una estricta selección de pacientes. En el año 1992 sólo resultó elegible el 30% de los pacientes con litiasis vesicular. Tan tímido inicio no dejó entrever los futuros caminos. Sin embargo en el año 93 se realizó la primera laparoscopia en un abdomen agudo. En el mismo año se realizó la primera apendicectomía laparoscópica. Ese año fue también testigo de nuestro primer tratamiento laparoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Realizamos también ese año nuestra primer vagotomía laparoscópica. El 93 también fue el año de la primera estadificación laparoscópica del cáncer digestivo. En perspectiva, ese año de exploración de las posibilidades del método comenzó a mostrarnos a todos los integrantes del Servicio que algo significativo estaba pasando. En el año 1994 realizamos el primer cierre de úlcera perforada por vía laparoscópica. Este mismo año emprendimos la primer exploración de vía biliar por litiasis coledociana por vía laparoscópica. También en el 94 realizamos la primer colectomía videoasistida, tratamos nuestra primera obstrucción intestinal y la primera diverticulitis por la misma vía. En 1995 iniciamos la experiencia con el tratamiento paliativo laparoscópico de la ictericia en los tumores

periampulares, y el tratamiento del síndrome pilórico por obstrucción duodenal, fue completada también la primera esplenectomía. En 1996 realizamos la primera coledocoduodeno-anastomosis, el primer tratamiento de un quiste hidatídico, y el primer tratamiento de linfocele postransplante renal. En 1997 se concretó la primera nefrectomía.

Hemos presentado trabajos en Congresos Nacionales e Internacionales, revisando continuamente los resultados. Formamos parte del Comité Organizador de uno de los Cursos Internacionales de Cirugía Laparoscópica más importantes del País. También pertenecemos al Grupo Organizador de uno de los pocos Cursos de Cirugía Laparoscópica Experimental del País e integramos la Comisión de Cirugía Laparoscópica de la Asociación Argentina de Cirugía.

Presente

Ya en 1998 el panorama quirúrgico casi ha llegado a un punto de equilibrio en el cual todas las vesículas son elegibles para cirugía laparoscópica, todas las apendicitis agudas se realizan por esta vía, las litiasis coledocianas son abordadas laparoscópicamente de acuerdo a pautas que se establecieron conjuntamente con el Servicio de Gastroenterología, las hernias hiatales, el abdomen agudo, las úlceras perforadas, las obstrucciones intestinales, la diverticulitis aguda, los prolapsos rectales, las nefrectomías, las esplenectomías, el tratamiento paliativo del tumor periampular, la estadificación tumoral hepatobiliopancreática se realizan de rutina por vía laparoscópica.

Progresivamente fuimos recorriendo un camino que nos llevó a aplicar este nuevo procedimiento a gran parte de la patología de todos los días. Con la revisión de la experiencia confirmamos que el nuevo camino era tan bueno o mejor que el antiguo. Pero, además del resultado estadístico, observamos día a día que el confort del paciente era muy superior al del operado por la vía convencional. Fue así como pasamos de las indicaciones originales de cirugía laparoscópica, que se reducían a litiasis vesicular con vesícula de pared normal en paciente delgado sin historia de colecistitis ni antecedentes bronquiales, a las indicaciones actuales que responden a las siguientes pautas:

1) Deben ser realizadas por vía laparoscópica (considerando siempre la posibilidad de una conversión):

- Colecistectomía
- Apendicectomía.
- Cirugía del reflujo gastroesofágico.
- Úlcera perforada.
- Estudio de hepatopatía crónica.
- Estadificación del cáncer.
- Esplenectomía(excluyendo esplenomegalias masivas).

- Nefrectomía por patología benigna.
- Obstrucción intestinal.
- Diverticulitis aguda.
- Ileo biliar.
- Abdomen agudo.
- Complicaciones posoperatorias.
- Manejo del trauma cerrado o penetrante compensado.
- Litiasis coledociana (no la residual).
- Derivaciones biliodigestivas.
- Gastroenteroanastomosis.
- Patología benigna del colon.
- Operación de la acalasia.

2) Pueden ser intervenidas por vía laparoscópica:

- Linfadenectomía pélvica en ca de próstata.
- Suprarrenalectomía.
- Hernioplastia inguinal.(en casos especiales)
- Seudoquiste de páncreas.
- Hemorragia digestiva alta.
- Pólipos gástricos.
- Hidatidosis hepática.
- Vagotomía.
- Tumor benigno de hígado.

3) Es discutible realizar esta cirugía en:

- Cirugía del cáncer.
- Cirugía en el embarazo.

4) Contraindicamos el método en:

- Cáncer de vesícula.
- Paciente con distensión intestinal masiva.
- Paciente anticoagulado, sin corrección.
- Paciente inoperable.

Futuro

El presente nos alienta para pensar en un futuro con cirugía mínimamente dolorosa, de manejo ambulatorio o internación de 24 hs, sin eventraciones o reducidas en complejidad y número, con menor índice de infección de pared y de menor relevancia, con una reducción sustancial de las obstrucciones intestinales por bridas y simplificación de las mismas, sin heridas con dolor crónico, sin fistulas por cuerpo extraño, y seguramente con pacientes y cirujanos satisfechos de los resultados.

Vemos un futuro de colaboración estrecha entre distintas especialidades, tal como nos ocurre actualmente con el Servicio de Urología, con quienes trabajando en conjunto llevamos a buen término seis nefrectomías. Algo similar realizamos con cirugía pediátrica, con quien colaboramos activamente en el tratamiento de la patología quirúrgica infantil.

Hoy nuestra preocupación pasa por ponderar, no ya si alguna patología puede resolverse por vía laparoscópica, cosa que no dudamos, sino que a nues-

tros residentes no les podemos ofrecer un importante caudal de cirugía convencional. La ética no nos permite asignar en forma aleatoria los pacientes a uno u otro procedimiento, ya que sin duda, el tratamiento laparoscópico es mejor que el convencional en gran parte de la patología quirúrgica. Si bien es probable que la cirugía convencional se realice en el futuro en centros especiales para casos oncológicos complejos, se puede prever que en algún momento nuestros ex-residentes necesiten convertir algún caso especial y no se hallen con la mejor disposición para afrontar una cirugía convencional dificultosa. Nadie tiene una proposición clara para esta situación. Creemos que el buen criterio del cirujano lo llevará a tomar la decisión acertada en cada desafío. Y siempre estaremos en contacto para tratar de colaborar con nuestros ex-residentes en la toma de decisiones particularmente difíciles.

Esta experiencia se ha realizado en base al oportuno estímulo del proyecto por parte de los profesionales ya nombrados, además de varios compañeros de trabajo. La colaboración continua de Fundación en la adquisición de nuevo equipamiento nos ayudó a potenciar el desarrollo de la técnica y la estrecha colaboración de Enfermería Quirúrgica ha sido uno de los pilares fundamentales a la hora de cada intervención quirúrgica y en la dedicación al cuidado del instrumental.

Creemos haber realizado sólidos avances en el control del dolor posoperatorio, y en la restitución rápida del paciente a su familia y a su trabajo. Sin duda en estos seis años hemos cambiado mucho y para bien.