

Consideraciones generales sobre los procedimientos asociados en la cirugía laparoscópica

General considerations on the laparoscopic surgery-related procedures

Dra. C. Bárbara Caridad Faife Faife, Dr. Javier Ernesto Barreras González, Dra. Tania González León, Dr. Rafael de la Caridad Torres Peña, Dr. Juan Bautista Olivé González

Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La cirugía laparoscópica ofrece la posibilidad de realizar dos o más procedimientos en un mismo acto quirúrgico, incluso de órganos a distancia, en pacientes con enfermedades concomitantes que requieran tratamiento quirúrgico. El objetivo de este artículo es mostrar el estado actual del tema, y exponer las consideraciones generales que, a nuestro juicio, deben guiar la indicación de su realización. En nuestra experiencia, es factible realizar procedimientos asociados en cirugía laparoscópica de manera segura, eficaz y beneficiosa, siempre que exista una indicación apropiada que lo justifique, se haga una valoración preoperatoria adecuada del riesgo quirúrgico, exista suficiente experiencia del equipo médico, y se sigan determinadas pautas técnicas. Siendo así, realizar procedimientos asociados, no aumenta el índice de conversión ni provoca morbilidad ni mortalidad operatoria adicional, por lo que recomendamos su aplicación en servicios acreditados para ello.

Palabras clave: procedimientos asociados, cirugía laparoscópica, operaciones simultáneas.

ABSTRACT

Laparoscopic surgery provides the possibility of performing two or more procedures in the same surgical act, including organs at a distance, in patients with concomitant diseases requiring surgical treatment. The objective of this article was to show the present state of the topic and some general considerations that we think must guide the use of this type of surgery. According to our own experience, it is feasible to perform laparoscopic surgery-associated procedures safely, effectively and usefully, whenever an appropriate indication warrants so, good preoperative assessment of the surgical risk is made, the medical team is well-experienced and certain technical guidelines are followed. If all this is accomplished, the associated procedures do not increase the conversion index, do not cause either additional operative morbidity or mortality. Therefore, we recommend the application of laparoscopic surgery in fully accredited services for this type of surgery.

Key words: associated procedures, laparoscopic surgery, simultaneous operations.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de mínimo acceso (CMA) ha devenido una verdadera revolución en la cirugía. Conlleva un nuevo enfoque de la terapéutica del paciente quirúrgico, implica, incluso, a especialidades clínicas, y constituye un cambio de paradigma que conlleva modalidades terapéuticas cada vez más complejas, pero precisa de un alto componente tecnológico y de una continua capacitación de los profesionales que la practican (Relatoría del II Taller Nacional de CMA, celebrado en el Hotel Neptuno-Tritón, Ciudad de la Habana; marzo 2006).

Las novedosas técnicas que incorpora, sus probadas ventajas en cuanto a una más rápida recuperación del paciente y a una menor agresión inmunológica, han provocado que se difunda cada día más, pero para garantizar el éxito, precisa de un gran compromiso ético por parte del personal de la salud para con los pacientes a quienes van dirigidas estas técnicas.

Cualquier nuevo paradigma conlleva retos, y la cirugía laparoscópica como modalidad de CMA no escapa a ello. La posibilidad de realizar procedimientos asociados en un mismo acto operatorio, incluso de órganos alejados en la cavidad abdominal, es uno de ellos, y si bien hoy día es una de las ventajas potenciales de este método, se precisa de algunas consideraciones para que no resulte en un mayor riesgo para el paciente.

El grupo de trabajo del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso (CNCMA) atesora una gran experiencia en la CMA en general y en la cirugía laparoscópica en particular, y desde muy temprano devino escuela, en la que el trabajo en equipo, los criterios de interdisciplinariedad, transdisciplinariedad y multidisciplinariedad constituyeron pilares esenciales en los logros que hoy esta institución exhibe, y que hacen posible que se enfrente a cada desafío bajo los más estrictos principios éticos.

La coexistencia de más de una entidad patológica en un paciente, ambas con indicación quirúrgica indiscutible, provocó que nuestro equipo asumiera los primeros procedimientos asociados, que fueron las colecistectomías y valvuloplastias laparoscópicas para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), pero posteriormente, en la medida en que la experiencia fue mayor y se estandarizaron otras técnicas, surgieron diferentes posibilidades a enfrentar, siempre sobre la base de valorar el riesgo-beneficio para cada paciente en particular.

En un ensayo clínico realizado en el CNCMA desde febrero de 2002 a febrero de 2004,¹ se reportó la realización de procedimientos asociados en el 14,8 % de las operaciones efectuadas. La realización de más de un procedimiento en un mismo tiempo quirúrgico, sin embargo, no ha provocado complicaciones perioperatorias, y ello es el resultado de establecer determinadas regulaciones o parámetros generales a tener en cuenta antes de decidir la conveniencia de asociar procedimientos en un paciente. El objetivo de esta publicación es transmitir el estado del arte y dar a conocer nuestra experiencia y posición al respecto.

Es nuestra opinión que si se evalúa adecuadamente el riesgo-beneficio de cada paciente, si el equipo quirúrgico está adecuadamente entrenado y la indicación es correcta, la posibilidad de realizar procedimientos asociados constituye otra ventaja de la cirugía laparoscópica. Los objetivos trazados fueron presentar el estado del arte en relación con la realización de procedimientos asociados en cirugía laparoscópica en Cuba e internacionalmente, así como proponer los factores a considerar para indicar la realización de procedimientos asociados en cirugía laparoscópica.

Se realizó una revisión exhaustiva a partir de una estrategia de búsqueda en MEDLINE, LILACS y SCIELO, así como una revisión de los documentos contenidos en las bases de datos del CNCMA y del programa docente del curso intensivo Ginecología I y su material docente de soporte.

DESARROLLO

Al referimos a procedimientos asociados se debe significar que en este concepto no se incluyen aquellos que el cirujano debe realizar como paso previo a la realización de una técnica quirúrgica determinada, por ejemplo, la lisis de adherencias, como tampoco aquellos que forman parte de un procedimiento oncológico como la omentectomía y/o linfadenectomía, u otras resecciones complementarias regladas. Tampoco lo son aquellas acciones necesarias para diagnosticar o tratar una complicación transoperatoria, como pudiera ser la reparación de un asa intestinal o de un uréter lesionado. Todos los ejemplos anteriores son parte complementaria de una cirugía, y no responden al concepto de procedimientos asociados al que hacemos referencia. La reparación de una hernia umbilical en el curso de una cirugía laparoscópica, no se incluye como procedimiento asociado en relación con la cirugía laparoscópica, porque, en este caso, la vía de reparación no difiere de la convencional, y solo estamos valiéndonos del acceso para reparar un defecto herniario, pero la condición de CMA no aporta ningún elemento diferente.

Consideramos procedimientos asociados en cirugía laparoscópica aquellos que se realizan sobre diferentes órganos para resolver quirúrgicamente entidades patológicas diferentes en un mismo acto operatorio, y cuya vía de acceso es laparoscópica para todas las condiciones que se traten. Tal es el caso de la litiasis vesicular coexistente con ERGE, pacientes con fibroma uterino sintomático y litiasis

vesicular, fibromas uterinos e incontinencia urinaria, prolapso de la cúpula y litiasis vesicular, quistes renales y litiasis vesicular, entre otros (cuadro).

Cuadro. Procedimientos laparoscópicos asociados realizados en el CNCMA

Procedimientos
Colecistectomía/valvuloplastia
Colecistectomía/histerectomía
Colecistectomía/histerectomía/herniorrafia inguinal
Colecistectomía/exéresis de quiste renal/ERGE
Colecistectomía/histerectomía/exéresis de quiste hepático
Histerectomía/exéresis de quiste renal
Histerectomía/cecopexia
Histerectomía/uretrosuspensión

En nuestra práctica hemos identificado que existen varios factores a tener en cuenta antes de decidir si es conveniente asociar más de un procedimiento, y los más importantes son:

1. Consideraciones preoperatorias: cuando se deciden realizar procedimientos asociados es de trascendental importancia la correcta evaluación preoperatoria de las condiciones locales y generales del paciente, que implica una adecuada interrelación del anestesiólogo como miembro del equipo quirúrgico encargado de la valoración y corrección, cuando sea posible, de los factores de riesgo asociados a la intervención. El anestesiólogo debe dominar el tiempo quirúrgico promedio para cada procedimiento que se prevé, la experiencia de los cirujanos con esta vía de acceso y sus resultados, lo que le permitirá tomar la conducta correcta. Cuando considere que constituye un riesgo para el paciente, vetará la realización de más de un procedimiento.
2. Indicación quirúrgica: no es suficiente que todas las entidades patológicas que se vayan a tratar tengan indicación quirúrgica, sino que nos gusta añadir que la cirugía debe ser necesaria para todas las enfermedades que se vayan a tratar, no se trata de "operar hallazgos diagnósticos", sino de resolver aquellos problemas que causan molestias al paciente, no puedan ser resueltos con tratamiento médico, y tengan indicación precisa e incuestionable, de ahí que insistimos en añadir sintomático a algunas condiciones como el fibroma y la litiasis, en los que se abusa del tratamiento quirúrgico. Encontrar una litiasis, un fibroma o una ERGE en un paciente, no es suficiente para decidir asociar dos o más procedimientos quirúrgicos.
3. Experiencia del equipo quirúrgico: parece obvio, pero es trascendental que bajo ningún concepto se viole este principio válido para cualquier cirugía. El equipo debe estar entrenado para realizar no solo el acto quirúrgico, sino además un correcto

seguimiento del paciente, y capacitado para diagnosticar y tratar cualquier complicación que se presente relacionada con los procedimientos.

4. Decisión de los puertos de entrada: la correcta colocación de los trócares facilita el procedimiento, máxime cuando se van a realizar acciones en puntos distantes del abdomen, por lo que el primer paso de la técnica consiste en determinar a qué distancia se van a ubicar estos, y cuántos se precisarán de acuerdo con los procedimientos necesarios. En ocasiones se utilizan los mismos que cuando se realiza una vía de acceso simple, como es el caso de la asociación de colecistectomía y valvuloplastia, donde los trócares utilizados para realizar esta última nos sirven para ambos procedimientos, pero en otros pacientes en los que se trabaja sobre órganos de la cavidad abdominal distantes entre sí como en la colecistectomía asociada a hernia inguinal o a histerectomía, entonces deberá variarse la posición de los trócares para que nos sirva para ambos propósitos, o añadir alguno adicional (Fig.). Es importante recordar que se trabaja sobre puntos fijos en el abdomen, porque una mala decisión de los sitios de entrada puede tornar muy difícil la intervención más simple o mejor reglada.

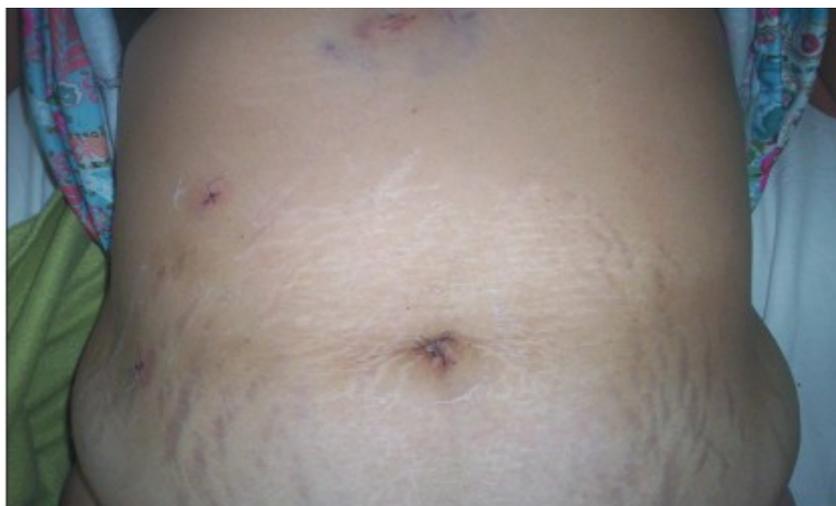


Fig. Aspecto de las heridas de una paciente en el posoperatorio inmediato de histerectomía/colecistectomía laparoscópicas.

5. Grado de contaminación: es recomendable ir de lo más limpio a lo contaminado, o sea, realizar primero la valvuloplastia que la colecistectomía, esta antes que la histerectomía, la herniorrafia y luego la colecistectomía o histerectomía, y así según sean los procedimientos, para disminuir la posibilidad de complicaciones infecciosas en el posoperatorio o la contaminación de cavidades expuestas, como sucede cuando trabajamos el hiato durante la valvuloplastia.

6. Complejidad técnica: es aconsejable realizar primero la técnica más simple para que el cirujano vaya avanzando y aumente la confianza del equipo quirúrgico. Lo anterior es válido, y en nuestra experiencia potencia el segundo procedimiento, porque crea un ambiente favorable, a partir de la sensación de que "se avanza a buen ritmo", pero hay que recordar que las vivencias quirúrgicas son más ricas que

las normas, y en ocasiones respetar una de estas recomendaciones conlleva obviar otras. En cada caso se impone el juicio certero del cirujano principal o del especialista de mayor jerarquía en el quirófano, y siempre debe estar guiado por el principio de beneficencia y no maleficencia, o lo que es lo mismo: hacer siempre lo mejor para el paciente.

7. Contraindicaciones: abortar uno de los procedimientos ante cualquiera de estas circunstancias:

- Siempre que se encuentre un cuadro agudo, se realizará el procedimiento sobre este órgano y no el otro previsto; o sea, en presencia de una colecistitis aguda se realizará solo la colecistectomía, dejando el otro procedimiento para un segundo tiempo quirúrgico.
- Ante el hallazgo de un tumor maligno de cualquier localización, se respetarán los principios oncológicos válidos para la cirugía en cuestión, y no se realizará el segundo procedimiento previsto.
- Si se presenta una complicación durante la realización del primero de los procedimientos anunciados, se resolverá esta y se terminará la operación, para dejar la otra entidad patológica para un segundo tiempo.
- Cuando por cualquier otra causa sea necesario realizar solo uno de los procedimientos (consideraciones anestésicas, condiciones locales, imposibilidad técnica de combinar los procedimientos, etc.), se priorizará el que causaba más molestias al paciente, y en el caso que ambas situaciones hayan sido igualmente sintomáticas, debe decidirse colectivamente y evaluar los resultados esperados, antes de decidir por uno u otro de los procedimientos previstos.

8. Tiempo quirúrgico: no deben combinarse procedimientos en aquellas técnicas, que, por su complejidad, por encontrarse en su período de curva de aprendizaje o durante su estandarización, demandan tiempos quirúrgicos prolongados, porque se conoce que la posibilidad de complicaciones posoperatorias en estos pacientes es mayor, y no se justifica una demora aún mayor.

9. Curva de aprendizaje: no debe asociarse más de un procedimiento en un paciente si el cirujano se encuentra durante su curva de aprendizaje para alguno de los procedimientos contemplados, porque se supone que aún no ha incorporado la maestría necesaria para optimizar el acto operatorio y minimizar la posibilidad de complicaciones.

En el ensayo clínico mencionado en que se combinó la histerectomía laparoscópica con otros procedimientos, los resultados fueron favorables en relación con las variables tiempo quirúrgico, índice de conversión y complicaciones, y ese es el comportamiento para el total de casos beneficiados con esta alternativa en los últimos 10 años en el CNCMA.

En relación con el tiempo quirúrgico se debe significar que este se optimiza al valernos de algunos pasos comunes para cualquier técnica, que son los referidos a la instalación del neumoperitoneo, la colocación de los trócares y el cierre. Algunos autores reportan tiempos quirúrgicos significativamente mayores² para los procedimientos asociados, pero nuestro grupo coincide con aquellos cuyos resultados, en relación con la duración de la intervención, son similares a los requeridos para uno solo de los procedimientos.³

No fue necesario terminar el procedimiento por vía convencional (abdominal) en ninguno de los pacientes en que se programó una cirugía combinada, quizás porque desde los inicios se seleccionó un equipo quirúrgico con experiencia suficiente para realizar cada uno de los procedimientos, y se realizó una correcta selección

preoperatoria de los pacientes. Consideramos que lo anterior incidió en que no aparecieran complicaciones secundarias en ellos.

La existencia de un grupo multidisciplinario con una concepción profunda de las ventajas del trabajo en equipo, no hay dudas que multiplica las posibilidades de acceso de diferentes enfermedades, que antes del advenimiento de la CMA era impensado asociar en un mismo acto operatorio, con las indudables ventajas del tratamiento anestésico en un solo tiempo, y los beneficios de la recuperación posoperatoria única para enfermedades quirúrgicas concomitantes, con el consabido ahorro para la economía del país y de los pacientes favorecidos.

En nuestro país se ha creado una escuela de enseñanza de la CMA en cirugía general, liderada por el CNCMA, que preconiza el trabajo en equipo con un enfoque interdisciplinario, de verdadera interconexión y compromiso común entre las diferentes especialidades involucradas, con relaciones bien definidas y principios de actuación en los que el paciente está realmente en el centro de la atención y la búsqueda de la mejor alternativa individualizada, guía el proceso de toma de decisiones y las acciones quirúrgicas consecuentes. Consideramos que ello propicia mejores resultados, y determina que hoy podamos exhibir estadísticas que difícilmente se logren en condiciones en las que prime la individualidad de cada especialidad e intereses mercantiles o elitistas. Esta postura permite un entrenamiento integral de los cirujanos, ginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, anesthesiólogos, radiólogos y otros especialistas y técnicos; facilita un proceso enseñanza aprendizaje donde no solo se integren los conocimientos, sino, además, se minimicen los riesgos para el paciente; amplía el arsenal terapéutico de cada especialidad en particular, a la vez que ofrece al paciente las ventajas de la CMA en más de un campo de las ciencias médicas. Sin esta visión integradora, no hubiera sido posible combinar con tan buenos resultados procedimientos en los que intervienen especialistas de formación tan diversa, incluso, algunos considerados no quirúrgicos, como la gastroenterología, con resultados tan favorables como los que hoy día exhibe el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso de Cuba.

Coincidimos con otros autores que consideran que la realización de procedimientos asociados no aporta mayor morbilidad y se acompaña de resultados favorables, por lo que constituye otra ventaja de la cirugía laparoscópica,²⁻⁶ válida, incluso, para los pacientes geriátricos, en los que aporta indudables beneficios, y en quienes cada día es más frecuente diagnosticar varias condiciones patológicas susceptibles de tratamiento quirúrgico.⁷

Se puede concluir señalando que la cirugía laparoscópica ofrece un método factible, seguro y eficaz para realizar procedimientos quirúrgicos asociados en un mismo acto operatorio, en pacientes con enfermedades concomitantes que requieren tratamiento quirúrgico, incluso de órganos situados distantes entre sí en la cavidad abdominal. Si se siguen determinadas recomendaciones, la realización de procedimientos asociados no añade morbilidad ni mortalidad operatorias, como aumenta el índice de conversión. Para indicar su realización, es importante la experiencia del equipo quirúrgico en cada uno de las técnicas, la correcta valoración preoperatoria del paciente, una indicación fundamentada, y la observación de determinados aspectos técnicos que posibilitan el éxito. Ellos son:

- Decisión de los puertos de entrada.
- Grado de contaminación.
- Complejidad técnica.
- Contraindicaciones.
- Tiempo quirúrgico.
- Curva de aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faife B. Criterios clínicos de indicación de la histerectomía laparoscópica. Cirugía basada en evidencias [tesis]. ISCMH. La Habana; 2006.
2. Pozo F, Giganto F, Rodrigo L. Non-complicated cholelithiasis associated with GERD. Results of combined laparoscopic surgery in low risk patients. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96(4):237-45.
3. Wadhwa A, Chowbey PK, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M. Combined procedures in laparoscopic surgery. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2003 Dec;13(6):382-6.
4. Tosato F, Paltrinieri G, Monsellato I, Leonardo G, Martire I, Palombi L. Laparoscopic combined Nissen-Rossetti fundoplication and cholecystectomy: our experience. G Chir. 2008 Mar;29(3):102-5.
5. Caprotti R, Franciosi C, Romano F, Codecasa G, Musco F, Motta M, et al. Combined laparoscopic splenectomy and cholecystectomy for the treatment of hereditary spherocytosis: is it safe and effective? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 1999 Jun;9(3):203-6.
6. Strizheletski- VV, Cherepanov DF, Shmidt EV. Endovideosurgical antireflux operations in combination with cholecystectomy. Vestn Khir Im I I Grek. 2006;165(5):28-31.
7. Leshchenko IG, Aleksandrov IK, Krechko NA. Elective combined operations-the new problem of geriatric surgery. Khirurgiia (Mosk). 2007;(4):28-31.

Recibido: 15 de diciembre de 2010.

Aprobado: 30 de junio de 2011.

Bárbara Caridad Faife Faife. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Calle Párraga # 215, entre San Mariano y Vista Alegre, municipio 10 de Octubre. La Habana, Cuba. Correo electrónico: bfaife@infomed.sld.cu