

Cirugía acuscópica

Needlescopic surgery

Felipe Rafael Zaldivar Ramírez

Aun y cuando la confianza del paciente en su cirujano sea total, con frecuencia externa temor hacia el dolor, cicatrices y si la cirugía será la solución a sus problemas. Este último aspecto lo solventará la práctica y experiencia del cirujano.

El gran avance en los fármacos disponibles en la actualidad para el manejo del dolor,¹ aunado a las técnicas de mínima invasión han demostrado en forma contundente que nunca antes, en la historia de la cirugía, se realizaron tantos procedimientos quirúrgicos complejos como en nuestros días, con menor daño tisular, cicatrices más estéticas o sin ellas, movilización temprana, sensación dolorosa leve, tiempos quirúrgicos cortos y estancias hospitalarias breves.

Desde el reporte de la primera colecistectomía laparoscópica en 1987 hasta nuestros días, han mejorado las técnicas quirúrgicas con disminución en el número de puertos de trabajo y mejoras importantes en el instrumental, cada vez más fino y de menor grosor, articulados, mejores materiales y, con el advenimiento de la robótica, realmente el futuro (o presente) de la cirugía es emocionante y promisorio, agregándose cada vez mayor número de especialidades quirúrgicas que contribuyen a su vez con mejoras e innovaciones en todos estos aspectos.

Sin embargo, cuando hay notificaciones tan numerosas, suelen confundirse algunos conceptos como lo es el de cirugía acuscópica (minilaparoscópica), que es la que se realiza con instrumental de 3 mm de diámetro o menos. El Dr. Fausto Dávila ya evidenciaba la confusión de estos términos y propuso unificar los criterios en lo concerniente a las técnicas de minilaparoscopia.²

Entre las ventajas de la cirugía acuscópica, comparándola con la laparoscopia convencional (5 mm o mayor), mencionaremos que el dolor postoperatorio a 28 días (escala visual del dolor) fue prácticamente de 0 en 90% de los casos vs 74% con el uso de laparoscopia conven-

cional.³ Sin embargo, el dolor postquirúrgico inmediato fue similar ($P > 0.05$) entre los dos abordajes.

En lo que si hay un beneficio real ($P < 0.05$) es en el aspecto estético, en cuanto a nivel de satisfacción del paciente, así como en el menor tiempo de retorno a las actividades habituales a favor de la minilaparoscopia.⁴⁻⁶

En contra, en los meta-análisis comparativos entre la colecistectomía acuscópica vs colecistectomía laparoscópica convencional, se evidenció que la minilaparoscopía presenta mayor índices de conversión a laparoscopia convencional o cirugía abierta.⁴⁻⁶

En estos mismos estudios no se logró encontrar diferencias significativas ($P > 0.05$) entre minilaparoscopía vs laparoscopía convencional, en cuanto al dolor postquirúrgico inmediato, presencia de náusea o vómito, tiempo de cirugía y morbilidad (sangrado, hematoma, fístula biliar, infección o hernias de herida quirúrgica, lesión de vía biliar, transfusiones) y en cuanto a mortalidad.³⁻⁶

La selección del paciente que será sometido a una intervención acuscópica es cada vez más amplia y menos selectiva, abarcando en la actualidad a pacientes pediátricos, geriátricos y obesos, donde ya se realizan de manera frecuente laparoscopias diagnósticas, colecistectomías, apendicectomías, cirugía antirreflujo y en menor medida (reporte de casos) se han efectuado intervenciones en ovarios, próstata, estómago, histerectomías, nefrectomías, etc.⁷⁻¹⁴

Como siempre, la mayor disponibilidad del equipo e instrumental en los diferentes hospitales permitirá a cada vez más cirujanos adquirir destrezas. El tiempo nos orientará a qué procedimientos se pueden efectuar en forma segura y rutinaria con instrumental de menor diámetro.

Finalmente, difundir la experiencia, cada vez mayor, en cirugía minilaparoscópica de los diversos grupos quirúrgicos del país es muestra fehaciente que este progreso seguirá avanzando y mejorando para el bienestar de México.

Servicio de Cirugía General Hospital General de México

Recibido para publicación: 3 febrero 2011

Aceptado para publicación: 20 febrero 2011

Correspondencia: Dr. Felipe Rafael Zaldivar Ramírez

Servicio de Cirugía General Hospital General de México

Dr. Balmis Núm. 148, 06726, Tel. 59996133, Ext. 1259 y 1260

E-mail: rafaelzaldivar@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicgraphic.com/cirujanogeneral>

Referencias

1. Soueid A, Oudit D, Thiagarajah S, Laitung G. The pain of surgery: pain experienced by surgeons while operating. *Int J Surg* 2010; 8: 118-120.
2. Dávila Á, Montero P, Dávila Á, Dávila Z, Lemus A, Sandoval RJ. Propuesta de unificación de criterios para la clasificación de la cirugía minilaparoscópica. *Rev Mex Cir Endoscop* 2004; 5: 90-8.
3. Leggett P, Bissell C, Churchman-Winn R, Ahn C. Three-port microlaparoscopic cholecystectomy in 159 patients. *Surg Endosc* 2001; 15: 293-296.
4. Thakur V, Schlachta CM, Jayaraman S. Minilaparoscopic versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2011; 253(2): 244-258.
5. McCloy R, Randall D, Schug SA, Kehlet H, Simanski C, Bonnet F, et al. Is smaller necessarily better? A systematic review comparing the effects of minilaparoscopic and conventional laparoscopic cholecystectomy on patient outcomes. *Surg Endosc* 2008; 22(12): 2541-2553.
6. Novitsky YW, Kercher KW, Czerniach DR, Kaban GK, Khera S, Gallagher-Dorval KA, et al. Advantages of mini-laparoscopic vs conventional laparoscopic cholecystectomy: results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 2005; 140(12): 1178-1183.
7. McCormack D, Saldinger P, Cocieru A, House S, Zuccala K. Micro-laparoscopic Cholecystectomy: An alternative to single-port surgery. *J Gastrointest Surg* 2011; 15(5): 758-761.
8. DeCarli L, Zorron R, Branco A, Lima FC, Tang M, Pioneer SR et al. Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) transvaginal cholecystectomy in a morbidly obese patient. *Obesity Surg* 2008; 18: 886-889.
9. Gumbs AA, Fowler D, Milone L, Evanko JC, Ude AO, Stevens P, et al. Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery cholecystectomy: Early evolution of the technique. *Ann Surg* 2009; 249: 908-912.
10. Bachiller BJ, Alonso FJ, Sánchez VJ, Beltrán AV, Salazar OS, Bras SC. Early experience in laparoscopic radical prostatectomy using the laparoscopic device for umbilical access SILS Port®. *Actas Urol Esp* 2010; 34: 495-499.
11. Escobar PF, Bedaiwy MA, Fader AN, Falcone T. Laparoendoscopic single-site (LESS) surgery in patients with benign adnexal disease. *Fertil Steril* 2010; 93: 2074. e7-e10.
12. Flores RO, Zermeño JN, Martínez AM, Vera MG, Jesús NMJ, Espinoza DL. Laparoscopic Nissen only surgery using PMAT (first experience). *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2007; 16: 347-349.
13. Tsin DA, Colombero LT, Lambeck J, Manolas P. Minilaparoscopy-assisted natural orifice surgery. *JSLS* 2007; 11: 24-29.
14. Roberts KE. True single-port appendectomy: first experience with the “puppeteer technique”. *Surg Endosc* 2009; 23: 1825-30.