



Editorial

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol.11 No. 4 Oct.-Dic. 2010

Cuando surgió la cirugía laparoscópica tuvo una rápida aceptación por los pacientes y por los médicos, ya que procedimientos como la colecistectomía o la cirugía antirreflujo rápidamente se consolidan como el estándar de oro. Ha sido tal el avance en la cirugía endoscópica que actualmente no existe área médica donde no esté presente. Una vez que la cirugía endoscópica se cimienta prácticamente en todas las latitudes, a tan solo 10 años de haber aparecido la cirugía laparoscópica, surge la minilaparoscopia de mínima invasión. En 1994, siguiendo la misma tendencia, el Dr. Anthony Kalloo despierta la inquietud a nivel mundial al proponer una cirugía endoscópica realizada a través de orificios naturales llamada NOTES (Natural Orifices Transluminal Endoscopic Surgery), la cual fue desarrollada tanto en procedimientos como en congresos de índole internacional. Después de siete años de experiencias, la cirugía transvaginal quedó como la mejor exponente de la materia; sin embargo, dicha práctica presenta limitantes al estar confinada a un grupo de pacientes de sexo femenino. La cirugía transgástrica y la transcolónica, aunque son factibles de realizar, su práctica clínica se ha abandonado por el inconveniente que implica perforar una víscera hueca y su subsecuente cierre, además de presentar innegables riesgos y dificultades técnicas. Es por ello que en años recientes ha surgido como alternativa otra cirugía por orificios naturales: la cirugía laparoscópica transumbilical a través de un puerto único. Este concepto ha sido tomado con entusiasmo por diferentes casas comerciales dedicadas a la fabricación de

instrumental laparoscópico. Su nombre varía de acuerdo con la técnica empleada, por ejemplo: NOTUS, TUES, SILS, SPA, SAP, LESS, etcétera. Estas técnicas comparten algunas características como: la utilización de un puerto multivalvular de 2 a 4 cm de diámetro; pinzas especiales flexibles, curvadas o roticulables en su punta; ópticas especializadas que van desde laparoscopios largos o bariátricos de 5 a 10 mm y de 30 a 45°, hasta videoendoscopios, endoeye o endocameleon.

Por nuestra parte practicamos la cirugía laparoscópica de un puerto (CL1P) desde 1997, la cual requiere un puerto laparoscópico convencional de 12 mm, un laparoscopio de 10 a 11 mm, 0°, con canal de trabajo de 6 mm e instrumental laparoscópico largo (5mm x 45 cm). La técnica se asiste con agujas percutáneas que van desde 0.5 a 1.5 mm de diámetro aproximadamente (aguja-gancho, aguja pasahilos, riendas de tracción, aguja enhebradora).

El objetivo de presentar las diferentes técnicas es que el cirujano conozca sus ventajas y desventajas, además que seleccione la técnica que crea conveniente o lo mejor de ésta, con la finalidad de que se entrene y desarrolle habilidades que incrementen el bienestar de su paciente, con la imprescindible condición de que prepondere la seguridad del mismo.

Fausto Dávila
Editor huésped

www.medigraphic.org.mx