



Editorial

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 17 Núm. 3 Jul.-Sep. 2016

«25 años de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica»

A ningún especialista de un hospital de segundo o tercer nivel en 2016 que consulte el programa de operaciones le sorprendería en absoluto constatar que hay varios procedimientos de cirugía endoscópica de diferentes especialidades; más bien le asombraría lo contrario. Situación que no se vivía en 1991 en prácticamente ningún hospital de la República Mexicana ni en muchos otros países, no sólo de Hispanoamérica sino del resto del mundo.

Para el reducido grupo de cirujanos que en 1990 decidimos reunirnos una vez que obtuvimos el permiso del Director del Hospital American British Cowdray de México para usar el auditorio del 4º piso una vez cada dos semanas por las noches, este 25º aniversario de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica representa un logro importante, tal como pudimos manifestarlo ante el auditorio repleto de asistentes en la inauguración de nuestro XXV Congreso Internacional de Cirugía Endoscópica en Veracruz la primera semana de mayo del año en curso. El nombre registrado ante notario en 1991 fue Asociación Mexicana de Cirugía Laparoscópica que durante la gestión del Dr. Mucio Moreno se cambió, apropiadamente, por el de Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica.

Al igual que tantas otras innovaciones en medicina, al comienzo nos topamos con una fuerte resistencia, en particular de aquellos cirujanos que supuestamente eran los que más pregonaban la investigación y evaluaban los supuestos adelantos en cualquier rama de la medicina moderna y la manera más frecuente de expresarlo era «¿para qué necesitamos cambiar nuestra técnica quirúrgica si por tantos y tantos años hemos tenido tan buenos resultados en un número muy elevado de pacientes?». El rechazo se manifestaba de diversas formas y la manera más adecuada para contrarrestarlo desde nuestro punto de vista, era mediante algunas sesiones clínicas en las que por lo menos era posible externar opiniones en favor o en contra, presentar los resultados iniciales, por cierto con números muy reducidos particularmente de colecistectomías laparoscópicas que era el procedimiento que en nuestro medio empezaba a popularizarse al igual que en algunos otros países del mundo. En el otro extremo no faltaron quienes comentaran a los enfermos y a sus

parientes que «lo que realmente se estaba haciendo era experimentar con ellos». Había muchas otras expresiones que en estos años ya sólo son motivo de broma el recordarlas.

Las cosas empezaron a cambiar radicalmente cuando llevamos a cabo y coordinamos el primer curso de cirugía laparoscópica realizado en México con sede en el Hospital ABC patrocinado por la casa Karl Storz y su representante, el señor González, siendo profesor titular el Dr. Moisés Jacobs (*Figura 1*) asistido por el Dr. Verdeja, con trabajo práctico en porcinos y sobre todo cuando se conocieron los primeros resultados de nuestro grupo que fueron realmente satisfactorios.

El principal tropiezo que tuvimos en el hospital fue que cuando iniciamos el programa, desafortunadamente estaba fresco el antecedente de un reciente procedimiento en una enferma que trabajaba en el hospital y del que resultó una lesión de la vía biliar. Un accidente idéntico a los que se presentarían en los años siguientes y que por desgracia aún

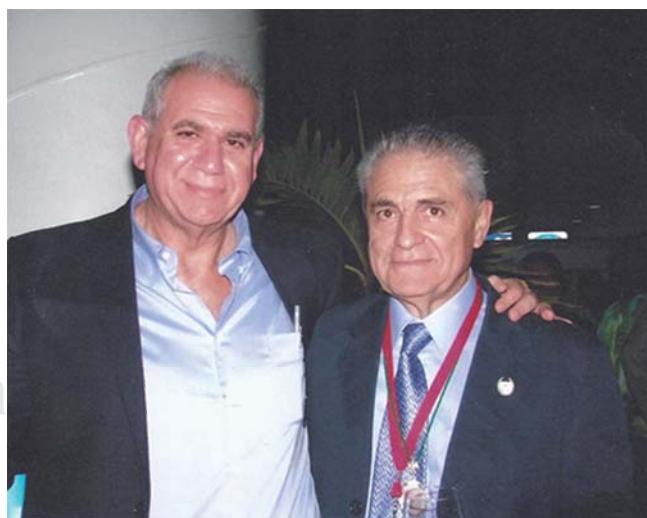


Figura 1. Fotografía del Dr. Moisés Jacobs con el Dr. Jorge Cuetos. El Dr. Jacobs fue uno de los dos pioneros mundiales de la cirugía de colon y de la exploración de vías biliares. Fue el Profesor Titular del 1er curso de cirugía laparoscópica en México y ha sido uno de los principales promotores de la A.M.C.E.

en 2016 sigue siendo un problema frecuente en muchos hospitales en todo el mundo, aunque en la Asociación consideramos que en México continúa siendo nuestro deber intentar corregirlo por completo o bien llevarlo a un nivel ínfimo. En efecto, tanto en SAGES como en la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica continúan impartiéndose cursos, siguen creándose comités y extremando los recursos de enseñanza de todo tipo para que la frecuencia de la lesión de las vías biliares extrahepáticas sea menor que la reportada hasta este momento; o sea que el trabajo está lejos de estar concluido.

En la actualidad el crecimiento, desarrollo, innovación y ejecución de nuevas aplicaciones han sido tan inmensos que han surgido diversas subespecialidades dentro de este tipo de cirugías de mínimo acceso. Igualmente portentosos han sido los avances en la tecnología. Cuando comentamos en forma anecdótica con los colegas sobre los primeros pasos, cuando usábamos una cámara de un chip, insufladores de 6 L/min y los niveles de presión intraabdominal tan elevados, al hacer comentarios sobre el equipo que se usa actualmente y la técnica tan evolucionada, es impresionante constatar la diferencia.

Se ha logrado mucho gracias a la labor de conjunto y de equipo en nuestra Asociación, pero al mismo tiempo que se abren nuevos e interesantes horizontes, también se generan nuevas responsabilidades y tareas para todos los miembros de la Asociación como por ejemplo, determinar objetivamente cuál es el papel real que desempeñan en

la actualidad las nuevas tecnologías como la laparoscopía asistida por robot. Tenemos que tratar de resolver las controversias que persisten en las hernioplastias inguinales y los materiales protésicos que deben usarse en distintos pacientes y en diferentes situaciones clínicas, continuar con los estudios prospectivos bien diseñados que permitan establecer cuáles son las cirugías bariátricas que se acompañan de mejores resultados con menores riesgos para el enfermo en el largo plazo, ampliar y definir los alcances de este abordaje de mínimo acceso en el tratamiento de tumores malignos, etc.

Así pues, como se había mencionado anteriormente, no sólo tenemos que mejorar y adaptar los métodos teórico prácticos de enseñanza de la cirugía endoscópica, optimizar el tratamiento y pronóstico de los pacientes cada vez de mayor edad, frecuentemente con obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles –sin olvidar la colecistectomía laparoscópica cuyas complicaciones se mantienen en niveles inaceptables en ciertos hospitales de nuestro país–, sino también mejorar las técnicas y métodos para transmitir de manera más eficiente la valiosa experiencia clínica de los centros de excelencia ubicados en las grandes capitales del país hacia las poblaciones cada vez más alejadas y que no cuentan con los mismos recursos técnicos para beneficiar a nuestros enfermos.

Dr. Jorge Cueto García
Cirujano General, Hospital ABC.
Investigador de la Universidad Anáhuac