

Laparoscopia en urología

Jorge Elías Dib

La vida está llena de cambios y críticas, el progreso que modifica y transforma el pasado hacia otras alternativas, de cambiar nuestro ayer, el no permanecer iguales, cierto es y sin duda, que nos gusta lo viejo, los libros que hemos leído en forma y contenido, los vinos, los amigos de siempre, las costumbres y no obstante, modificamos lo establecido por algo mejor, diferente y en progreso, con mayor beneficio. En nuestro campo, la medicina ha evolucionado, hoy es muy diferente a la que tuvimos hace años, y en urología la tecnología está presente, ahora tenemos laparoscopias y la robótica. En ellas, la cirugía abierta se ha podido reproducir con algunas variantes y ventajas. Los cirujanos generales y los laparoscopistas tenemos las mismas bases, somos lo mismo, ambos tenemos y buscamos el aprendizaje y el mutuo beneficio. Los principios de la laparoscopia son sólidos, como la cirugía abierta, porque en ella está basada. La laparoscopia utiliza los mismos tiempos de la cirugía abierta y ésta, a su vez, ha tomado de ella hacer incisiones más pequeñas, lo cual ahorra tiempo, hospitalización y costos, hay acortamiento de las horas de trabajo, no hay que cerrar capas abdominales, y por ende menor estancia hospitalaria, la recuperación es más temprana, menor sangrado, menor uso de analgésicos y morbilidad. También tiene desventajas, como visión bidimensional, perder el tacto, suturas difíciles, requiere entrenamiento, selección de pacientes, el costo, instrumentos y la renta de ellos.

La laparoscopia tiene contraindicaciones como son los trastornos cardiopulmonares, coagulopatías, sepsis, P.N. xantogranulomatosa, las grandes masas renales, adherencias de cirugías previas y los conductos urinarios. Las extracciones de estas masas podrán hacerse por cirugía abierta o por

morcelación. La laparoscopia utiliza lentes de aumento, lo que facilita y mejora la colocación de suturas y disecciones cuidadosas, como las anastomosis de vasos polares, la disección de los nervios erigentes en la radical de próstata, la unión de uretra al cuello vesical, del uretero, las reanastomosis de conductos deferentes, y del deferente al epidídimos en infertilidad, el uso de grapas y micrograpas reduce y facilita el tiempo quirúrgico. La obesidad en ambas técnicas ha sido un factor negativo que incrementa horas y el riesgo de complicaciones.

La laparoscopia es aprender, conocer lo mismo de otra manera, requiere tiempo y práctica, hacerlo igual o mejor, como reto, en descontento y necesidad. No es fácil dejar lo que conocemos, los años pasados, la sutura manual, la experiencia previa, la nueva metodología, lentes y televisión, manos mecánicas, instrumentos que por ser ya mejores nos impiden volver y regresar.

Podría recordar durante mi residencia en cirugía cuando el Consejo de Especialidad era fácil y gratis, a diferencia de ahora en que se requiere examen de certificación y costos, vi a médicos que por no hacerlo, lo lamentaron años después. Como en la endoscopia, la cirugía percutánea, tuvimos cursos de aprendizaje, actualización indispensable en esta cirugía de vanguardia y de permanencia singular e inevitable.

Así como las computadoras registran nuestros pensamientos escritos en la pantalla, se hace fácil cambiar, agregar y borrar textos, modificar estadísticas, hacer dibujos, números y colores, así también sería obsoleto volver al cuaderno y a las gomas de borrar, pero a pesar del ejemplo, el pasado sigue unido al presente, hemos salido de las cavernas para vivir en edificios inteligentes, coches computarizados en dobles pisos, viajes

espaciales, telecirugía, muchas situaciones y cosas en que debemos estar presentes, un nuevo camino, para aceptar y continuar.

La preparación prelaparoscópica es igual a la de la cirugía abierta: sonda nasogástrica, laxante un día antes, antibióticos de amplio espectro, sonda vesical, vendaje de miembros inferiores, etc.

En la cirugía laparoscópica renal, las vías de acceso pueden ser: transperitoneal, transperitoneal con mano asistida, retroperitoneal, preperitoneal y subcutánea (ganglios femorales), para hacer extracción radical, parcial o segmentaria. El control del sangrado se logra por pinzamiento temporal del pedículo, criocirugía, radiofrecuencia, rayo argón, hidrojet, clips, suturas, pegamentos y hemostásicos, de cualquier sitio del parénquima, la ligadura o bloqueo del pedículo vascular renal, ya sea con sutura o grapas, impide la formación de fistulas arteriovenosas. Los grandes tumores renales una vez aislados pueden ser morcelados o extraídos en su totalidad por incisión adicional, el tener la pieza intacta permite saber si hay invasión y tener mejor vigilancia. La disposición y el talento van de la mano. En los quistes renales no simples, la laparoscopia está cobrando interés, ya que a veces coexiste cáncer o lo desarrollarán después. El ultrasonido transoperatorio delimita el área de excisión para ellos.

La pieloplastia por laparoscopia en adultos y niños es ya usual, con resultados parecidos o mejores a los obtenidos por cirugía abierta, acusice o percutánea. La colocación del tubo doble J permite la derivación intraluminal urinaria y mejor evolución. La laparoscopia se aplica en cirugía ureteral por estenosis, por situación retrocava, tumores, por cálculos en nefroureterectomías y disecciones ganglionares retroperitoneales. El reflujo vesicoureteral se corrige extravesicalmente, formando un túnel por separación de fibras musculares de la vejiga. El diagnóstico y coagulación, de endometriosis, metástasis intraperitoneales y la criotorquidea abdominal son otras indicaciones, por igual la cistectomía y prostatectomía simple o radical. En las radicales de próstata trans o retroperitoneales, con el aumento de la imagen varias veces, se identifica mejor el paquete neurovascular, el corte de la uretra y la anastomosis vesicouretral, ya sea he-

cha con surgete continuo o puntos interrumpidos, es en esto también excelente la robótica.

En esta última se evita el temblor de la mano, se ponen puntos equidistantes y se reduce la morbilidad, gracias a la finura del procedimiento. También hay complicaciones como sangrado, íleo paralítico, rhabdomiólisis, embolias y tromboflebitis.

Las fistulas vesicovaginales poshisterectomía y las rectales después de prostatectomía radical, pueden ser realizadas por laparoscopia, al seguir los principios de la cirugía abierta, extirpar el área cicatricial, suturar por capas y la interposición del epiplón. La cirugía ganglionar inguinofemoral subcutánea, y a veces la pélvica en carcinoma de pene, son otras indicaciones y evita los esfacelos cutáneos comúnmente vistos en la cirugía abierta.

La elección del procedimiento dependerá de la experiencia del cirujano. La perfección camina junto con el aprendizaje y su ejecución traerá beneficios, probablemente en una década más, la cirugía abierta será menos utilizada y tendrá sus indicaciones. Aun en las novedades hay novedad, como el uso de magnetos o imanes para levantar la pared abdominal en lugar de insuflarla con CO₂, y, como esto, vienen muchas cosas más.

Salvo que llegue el día en que las enfermedades se curen con píldoras, el número de pacientes irá en aumento por los nuevos procedimientos diagnósticos. En la actualidad la laparoscopia tiene más adeptos de acuerdo con las experiencias logradas. El familiarizarse temporalmente durante la residencia facilitará y aumentará la práctica, aunque todavía se mantenga discusión por su relativa novedad, el tiempo le dará el lugar y los méritos, un pasado en presente con nuevas técnicas y futuro. Como en toda idea nueva, la queremos y tenemos que aprender, puede fallar y hay que insistir en ella, pulirla, hacerla más fácil y lograrla finalmente, lo cual no será en horas, días, sino meses y años, con ese deseo de tener, de logro y hacerlo mejor.

No cabe duda de que la vida es como un espejo, un reflejo de nuestra mente y talento, en que la disposición y las circunstancias vienen mezcladas.

Enhorabuena por el entusiasmo en nuestro curso.