

## Cirugía laparoscópica: Situación actual y perspectivas futuras

J. M. Capitán Vallvey

**L**a colecistectomía laparoscópica es considerada actualmente como el tratamiento de elección para la colelitiasis sintomática.

Desde que en 1987 se practicó la primera colecistectomía laparoscópica, esta intervención ha sido aceptada en el ambiente quirúrgico con más celeridad que ningún otro nuevo procedimiento; a su vez, esta enorme difusión de la colecistectomía por vía laparoscópica ha sido el punto de partida del espectacular desarrollo de la cirugía laparoscópica, que en la actualidad incluye, como más adelante veremos, tal proceder técnico para el tratamiento de numerosas enfermedades.

Corresponde a JACOBUS, en 1911, el mérito de haber practicado la primera laparoscopia en seres humanos. En Europa, los ginecólogos empezaron a utilizar la laparoscopia con regularidad para el diagnóstico y la diatermia tubárica en los años 60.

La primera apendicectomía laparoscópica fue realizada por SEMM en 1983, quien previamente había desarrollado diversos instrumentos y técnicas para procedimientos laparoscópicos, tales como la diatermia tubárica, la biopsia ovárica y la lisis de adherencias pélvicas. MOURET, en 1987, realizó la primera colecistectomía laparoscópica con éxito en humanos (1). A partir de entonces, diversos grupos de trabajo fueron desarrollando de modo independiente la técnica (2-3-4-5).

En la actualidad la colecistectomía laparoscópica

se considera el tratamiento de elección para los pacientes con colelitiasis sintomática. Su gran difusión, en tan corto espacio de tiempo, ha sido fundamentalmente debida al confort postoperatorio del paciente y a los beneficios que la técnica conlleva, tanto de índole sanitaria como socio-laboral.

Su rápida aceptación ha posibilitado la ampliación de las técnicas laparoscópicas para el tratamiento de otros procesos quirúrgicos, tanto benignos como malignos. Su extensión a otras especialidades quirúrgicas, tales como la cirugía de urgencias, es en la actualidad una realidad que amplía hasta límites insospechados las posibilidades futuras.

Se admite, por tanto, que las indicaciones de la técnica deben ser las mismas que las de la colecistectomía convencional. Las contraindicaciones de la colecistectomía laparoscópica

han evolucionado a medida que los cirujanos han incrementado su experiencia en esta técnica quirúrgica. La colecistitis aguda, la obesidad mórbida, el síndrome de Mirizzi e incluso la coledocolitiasis, han dejado de ser contraindicaciones absolutas. Diversas series comunican la práctica de laparoscopia en colecistitis aguda complicada (6) y el síndrome de Mirizzi (7) y la obesidad mórbida (8). La existencia de coledocolitiasis sigue limitando en la actualidad, para gran parte de los cirujanos, la práctica de laparoscopia; es posible que se amplíe este abanico de indicaciones con el advenimiento de nuevos instrumentales y equipos ópticos (9). Sin duda, las causas del espectacular desarrollo de la colecistectomía laparoscópica han sido diversas, pero en especial debemos considerar el mayor beneficio tanto para el paciente como para el sistema sanitario, sin olvidar las implicaciones sociales y laborales que estas técnicas implican.

La estancia hospitalaria postoperatoria es un buen parámetro para valorar las implicaciones

que la técnica tiene para el sistema sanitario. Mientras que en EE.UU. el promedio es de 1 día, en Europa oscila entre los 2 y 3 días, lo que está en íntima relación con las implicaciones laborales de la intervención; así, en EE.UU. el regreso al trabajo tiende a ser más rápido que en Europa (tablas I y II) (10). Cuando se comparan estos resultados con los de la colecistectomía abierta (convencional), se evidencian importantes diferencias, tanto en la estancia postoperatoria como en el tiempo de regreso al trabajo (que oscila alrededor de las 6 semanas en la colecistectomía abierta). El porcentaje de mortalidad operatoria de la

**Tabla I. Promedio de estancia hospitalaria tras colecistectomía laparoscópica**

Fuente	Núm. pacientes	Días
Inglaterra	1.581	2.2
Singapur	1.100	3.0
Bélgica	3.244	3.9
Suiza	1.091	4.7
Japón	2.888	7.6

Abstracts del Third World Congress of Endoscopic Surgery, Burdeos, 1992 (10).

**Tabla II. Tiempo de regreso al trabajo tras colecistectomía laparoscópica**

Referencia	Núm. pacientes	Días
Cuschieri et al.	1.236	11
Wilson et al.	180	12
Spaw et al.	500	5.2
Graves et al.	304	7.2

FUENTE: MACINTYRE, I. M. G., & WILSON, R. G.: «La colecistectomía laparoscópica». *Br. J. Surg.* (ed. Esp.), vol. 10, 2, 1993.

colecistectomía laparoscópica es inferior al 0,2% y, por tanto, sensiblemente menor que con la colecistectomía abierta (que oscila entre el 0,6 y el 1,7%). Todas las series comunican una importante reducción del dolor postoperatorio con la colecistectomía laparoscópica respecto a la convencional, e incluso con la colecistectomía por minilaparotomía (10).

La difusión de la colecistectomía laparoscópica y la progresiva experiencia de los cirujanos, ha ampliado de forma importante el empleo de técnicas laparoscópicas para el tratamiento quirúrgico de distintas patologías abdominales, tanto benignas como malignas, hasta ahora sólo abordadas mediante cirugía convencional.

Así, desde la cirugía de la hernia inguinal hasta la amputación abdominoperineal por cáncer de recto, pasando por la cirugía gastroduodenal, la cirugía del bazo y la cirugía cólica, por poner algunos ejemplos, se están realizando por vía laparoscópica (11, 12, 13, 14). De igual modo, la eficacia de las técnicas laparoscópicas ha posibilitado su empleo progresivo en cirugía torácica (15) y en cirugía pediátrica (16). Parece, a la vista de la difusión de esta cirugía, que se ha dado en llamar «mínimamente invasiva» (está por demostrar si la respuesta endocrino-metabólica a la agresión quirúrgica laparoscópica es menor que tras la cirugía convencional), que hoy se puede hacer todo o casi todo por laparoscopia. El dilema, y es la pregunta que se hacen los más cautos, es si se debe hacer todo o casi todo por laparoscopia. Surgen llamadas de atención en especial en la cirugía del cáncer. Parece lógico, y éticamente incuestionable, que la cirugía, independientemente de la técnica empleada, siempre debe atenerse a criterios oncológicos, y que nunca se deben sacrificar éstos a la práctica de una mayor confortabilidad postoperatoria del paciente neoplásico. En este sentido, sólo el tiempo y la estricta valoración de amplios estudios prospectivos sobre la supervivencia, parece que nos pueden indicar, no sólo si se puede (hoy es claro que sí), sino si se debe practicar esta cirugía mínimamente invasiva en pacientes neoplásicos.

De cara al futuro, es incuestionable que la la-

paroscopia tiene uno de sus mayores campos de actuación en la cirugía de urgencias. En efecto, su aplicación en el área de urgencias viene condicionada en primer lugar por la eficacia en el diagnóstico, y consecuentemente, evita laparotomías innecesarias; en segundo lugar, la posibilidad de reparar quirúrgicamente aquellas

lesiones encontradas en el mismo acto, hacen muy atractivo para el cirujano el empleo de estas técnicas en urgencias (17, 18, 19). ◀

---

**J. M. Capitán Vallvey**

---



---

**Bibliografía**

---

1. MOURET, G.: «From the first laparoscopic cholecystectomy to the frontiers of laparoscopic surgery: the future perspectives». *Dig. Surg.*, 1991; 8:124-5.
2. DUBOIS, F.; ICARD, B.; BERTHELOT, G., et al.: «Celioscopic cholecystectomy: preliminary report of 6 cases». *Ann. Surg.*, 1990; 211:60-2.
3. REDDICK, E. J.; OLSEN, D. O.: «Laparoscopic laser cholecystectomy». *Surg. Endosc.*, 1989; 3:131-3.
4. MCKERNAN, J. B.: «Laparoscopic cholecystectomy». *Am. Surg.*, 1991; 57:311-2.
5. NATHANSON, L. K.; SHIMI, S.; CUSCHIERI, A.: «Laparoscopic cholecystectomy: the Dundee technique». *Br. J. Surg.*, 1991; 78:155-9.
6. WILSON, R. G.; MACINTYRE, I. M. C.; KING, P. M., et al.: «Laparoscopic cholecystectomy: a safe and effective treatment for severe acute cholecystitis». *Br. Med. J.*, 1992; 305:394-6.
7. BINNIE, N. R.; NIXON, S. J.; PALMER, K. R.: «Mirizzi syndrome managed by endoscopic stenting and laparoscopic cholecystectomy». *Br. J. Surg.*, 1992; 79:647.
8. SCHIRMER, B. D.; DIX, J.; EDGE, S. B., et al.: «Laparoscopic cholecystectomy in the obese patient». *Ann. Surg.*, 1992; 216:146-52.
9. CARROLL, B. J.; PHILLIPS, E. H.; DAYKHOVSKY, L., et al.: «Laparoscopic choledocopy: an effective approach to the common duct». *Journal of Laparoscopic Surgery*, 1992; 2:15-21.
10. MACINTYRE, I. M. C.; WILSON, R. G.: «La colecistec-  
tomía laparoscópica». *Br. J. Surg.*, 1993; 80:552-559.
11. MACINTYRE, I. M. C.: «Herniorrafia laparoscópica». *Br. J. Surg.* (Ed. Esp.): Editorial, 1993; 9, 2:75-6.
12. SACKIER, J. M.; BERCI, G.; HIATT, J. R., et al.: «La resección abdominoperineal laparoscópica de recto». *Br. J. Surg.* (Ed. Esp.), 1993; 9, 2:149-50.
13. DELAITRE, B.; MAIGNIEN, B.; ICARD, Ph.: «La esplenectomía laparoscópica». *Br. J. Surg.* (Ed. Esp.), 1993; 9, 3:220.
14. TATE, J. J. T.; KWOK, S.; DAWSON, J. W., et al.: «Comparación prospectiva de la resección anterior laparoscópica con la convencional». *Br. J. Surg.*, 1993; 11, 2:93-5.
15. EVERITT, N. J.; GLINATIS, M.; McMAHON, M. J.: «Enucleación toracoscópica de un leiomioma del esófago». *Br. J. Surg.* (Ed. Esp.), 1992; 8, 4:290-1.
16. MILLER, S. S.: «Operaciones laparoscópicas en cirugía pediátrica». *Br. J. Surg.* (Ed. Esp.); 1993; 9, 1:2-3.
17. OBGONNA, B. C.; OBEKPA, P. O.; MOMOH, J. T., et al.: «La laparoscopia en el tratamiento de pacientes con abdomen agudo en los países en vías de desarrollo». *Br. J. Surg.* (Ed. Esp.); 1992; 8, 6:404-6.
18. LOH, A.; TAYLOR, R. S.: «Apendicectomía laparoscópica». *Br. J. Surg.* (Ed. Esp.), 1992; 8, 1:1-2.
19. SUNDERLAND, G. T.; CHISHOLM, E. M.; LAN, W. Y., et al.: «La reparación por vía laparoscópica de la úlcera péptica perforada». *Br. J. Surg.* (Ed. Esp.), 1991; 8, 5:360-1.