



Artículo especial

Las primeras experiencias en cirugía laparoscópica de colon en España. Valencia, noviembre de 1991



Miguel A. Cuesta ^{a,*}, Alfredo Alonso-Poza ^b, Manuel Planells-Roig ^c,
Rafael García-Espinosa ^c y David Rodero-Rodero ^d

^a Profesor emérito de Cirugía, VU Medical Center, Ámsterdam, Holanda

^b Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario del Sureste de Madrid, Arganda del Rey, Madrid, España

^c Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Quirón Valencia, Valencia, España

^d Cirujano emérito, Hospital La Fé, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de mayo de 2015

Aceptado el 12 de julio de 2015

On-line el 24 de agosto de 2015

Palabras clave:

Laparoscopia avanzada

Cirugía del colon

España

Keywords:

Advanced laparoscopy

Colonic surgery

Spain

RESUMEN

El desarrollo de la cirugía laparoscópica de colon en nuestro país ha sido muy rápida desde su comienzo a finales de 1991. La resección de colon y recto por cirugía mínimamente invasiva ha cambiado desde sus inicios la manera de tratar a nuestros enfermos, debido esencialmente a las ventajas a corto plazo sobre la cirugía abierta, por su menor morbilidad y mejor calidad de vida con igualdad a largo plazo en los resultados oncológicos. En la enseñanza y difusión de estos conceptos en forma de cursos, estudios aleatorizados, artículos científicos y libros han participado y participan un ingente número de cirujanos españoles que gozan del reconocimiento internacional.

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The first experiences with colorectal laparoscopic surgery in Spain. Valencia, November 1991

ABSTRACT

The development of laparoscopic colon surgery in Spain has spread quickly since its beginnings at the end of 1991. Colorectal Minimally Invasive Surgery is widely implemented and has changed the way we treat our patients, specially due to the short-term advantages such as lower morbidity with a better quality of life with the same oncological outcomes in the long term. A huge number of Spanish surgeons have contributed to the implementation of techniques and spreading the knowledge of these concepts by means of courses, controlled randomized studies, scientific papers, and books, and have obtained international recognition.

© 2015 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ma.cuesta@vumc.nl (M.A. Cuesta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.07.005>

0009-739X/© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comienzos de la cirugía laparoscópica avanzada

Las primeras experiencias en cirugía laparoscópica del colon en nuestro país se dieron durante el IV Curso de Formación del Posgraduado que organizaba en Valencia el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo II cuyo jefe de servicio era el Dr. David Rodero del Hospital Universitario La Fe. El *symposium* tenía 3 diferentes partes: el II Curso teórico-práctico de Cirugía Laparoscópica, el IV Curso Internacional de Cirugía Laparoscópica y el II Symposium de Enfermería y Posgrado sobre Nutrición en Cirugía. Todo ello programado para los días 20 al 22 de noviembre de 1991.

El Dr. Rodero había llamado personalmente al Dr. Cuesta para invitarle a realizar cirugía laparoscópica en directo, el miércoles 20 por la mañana. Había propuesto realizar una cirugía anti-reflujo en un enfermo con un reflujo esofágico importante o una esplenectomía por laparoscopia en un enfermo con una trombocitopenia idiopática. Al haberse comenzado en junio del 1991 en Ámsterdam con las resecciones de sigma y de colon derecho por laparoscopia, se le sugirió operar en directo de forma mínimamente invasiva un enfermo con ésta enfermedad. Él reaccionó entusiasmado y preguntó que instrumental se necesitaba para realizar la intervención y un plan detallado de lo que se iba hacer. Se le explicaron los detalles sobre la posición de enfermo en la mesa de quirófano, el instrumental y si era necesario disponer de un Stapler endoscópico para la sección del colon.

El Endostapler no había llegado aún a España, pero contábamos con la colaboración de don Mario Correia, director de Autosuture, por lo que se traería a Valencia desde los Estados Unidos el dispositivo con varios cartuchos de reserva para el día programado.

En el curso internacional de laparoscopia, aparte de todo el personal del servicio del Dr. Rodero, entre ellos los doctores Francisco Pacheco Ferrer, Rafael García Espinosa y Manuel Planells Roig que ayudaron en la intervención del colon, asistían como invitados el Dr. Phillipe Mouret de Lyon, pionero de la cirugía laparoscópica en el mundo ya en 1989, el Dr. Namir Katkhouda de Niza y el Dr. Enric Laporte Roselló, iniciador de la cirugía laparoscópica en España.

La cirugía laparoscópica in vivo se inició con una colecistectomía por el Dr. D. Rodero que la realizó según el modelo francés con el cirujano situado entre las piernas del enfermo y, posteriormente se realizó la cirugía laparoscópica del cáncer de sigma. Se trataba de un paciente de 73 años con un adenocarcinoma de sigma localizado a 22 cm del ano por colonoscopia. En el enema opaco se apreciaba la lesión en el sigma, pero también un defecto de repleción en la base apendicular. En el estudio de extensión, la ecografía abdominal no mostraba metástasis hepáticas u otras lesiones¹. Al finalizar la insuflación abdominal y tras la colocación de los trócares, se realizó la exploración abdominal y se apreció que había abundante líquido mucoso en ambos espacios parietocólicos y en el espacio de Douglas. Inmediatamente se pensó en la posibilidad de un mucocele del apéndice cecal como causa, aparte del conocido adenocarcinoma de sigma. Efectivamente tenía un tumor doble, estando el mucocele del apéndice cecal con tamaño de 5 cm, perforado.

Se comenzó realizando una resección del tumor apendicular y la base del ciego mediante el Endostapler, se colocó el tumor en una bolsa y se aspiró el líquido mucoso con lavado posterior. A continuación se localizó el tumor del sigma realizando su resección, con abordaje lateral a medial con movilización inicial del sigma y control vascular posterior con la ayuda de clips en la arteria mesentérica inferior. El uréter izquierdo fue identificado sin problemas. Después de movilizar parcialmente el colon descendente, se seccionó el recto superior a nivel del promontorio con ayuda del Endostapler y se exteriorizó la pieza por incisión McBurney izquierda. Una vez exteriorizada la pieza, se realizó la resección adecuada y se colocó el Anvil de 31 mm circular en forma terminal. Después de reintegrar el colon y el Anvil en el abdomen, se cerró la incisión de McBurney izquierda y se realizó la anastomosis en forma término-terminal introduciendo el Stapler circular por el ano. Los rodets estaban íntegros y la anastomosis sin tensión. La pérdida de sangre fue de 50 cc y la duración de la intervención de 200 min. Después de dejar un drenaje abdominal se exploraron ambas piezas quirúrgicas y se cerraron las puertas de entrada de los trócares. La anatomía patológica mostraba un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con afectación de 5 de las 18 adenopatías, estadio C de la clasificación de Astler-Coller, y el tumor apendicular fue un cistadenoma mucinoso. El enfermo desarrolló un curso postoperatorio sin complicaciones. La intervención quirúrgica fue grabada tanto en la parte intraabdominal como en el exterior.

Posteriormente, en febrero de 1992, en el Hospital de Bellvitge con el Dr. Joan Martí Ragué se realizaron 2 resecciones de sigma por adenocarcinoma con resultados postoperatorios muy buenos. Un tercer caso planeado para el tercer día del curso no se llevó a cabo por que no se consideró la enferma como candidata ideal para laparoscopia, por haber tenido una intervención abdominal ginecológica previa. La audiencia en ambos cursos fue muy nutrida, y la discusión sobre la vía de abordaje y los problemas técnicos se consideró como importante, y se habló de un futuro prometedor de la vía de abordaje por la posible reducción de la morbilidad de la vía abierta. En la discusión en Bellvitge sobre las posibilidades de estudio y la evidencia científica de esta forma de abordaje se habló del proyecto de estudio aleatorizado que se estaba llevando a cabo en 5 hospitales de Holanda, donde se iban a aleatorizar 150 enfermos en cada brazo. En 1992, la comisión holandesa de estudios clínicos no la consideró suficientemente interesante para ayuda financiera, y solo años después se llevaría a cabo el proyecto holandés con el nombre de COLOR I, pero esta vez con ayuda financiera de la industria².

Nuestras primeras experiencias con la cirugía endoscópica (y de colon) fueron publicadas en *CIRUGÍA ESPAÑOLA* en el año 1992³ y en el mismo año se difundió un vídeo de nuestro departamento con texto explicativo sobre una resección de cáncer de sigma en la *Revista de Videocirugía* del Dr. C. Ballesta López. El mismo año 1992 publica el Dr. J. Martí Ragué con los doctores H. Ortiz Hurtado y E. Laporte Roselló un libro titulado *Suturas mecánicas y laparoscopia en cirugía* donde por primera vez en España hay un capítulo sobre cirugía de colon por laparoscopia de los doctores M.A. Cuesta, P.J. Borgstein y J. Martí Ragué⁴. También el Dr. C. Ballesta López publicó ese mismo año otro libro con el título *Laparoscopia quirúrgica*,

donde colaboraron diversos cirujanos internacionales como G.B. Cadiere, J.L. Dulucq, R. Fitzgibbons, N. Katkhouda, M.A. Cuesta y W. Pinotti, que trataron en diversos capítulos los diferentes aspectos de la cirugía laparoscópica⁵. Asimismo, el primer libro sobre cirugía mínimamente invasiva en cáncer gastrointestinal (*Minimally invasive surgery in gastrointestinal cancer*) fue publicado por Churchill and Livingstone en inglés por nuestro grupo en 1993⁶. En 1993 también publicó el Dr. E. Laporte Roselló el libro *Cirugía laparoscópica* con prólogo del Dr. J.L. Balibrea en el que se exponen, aparte de la cirugía laparoscópica tradicional de la vesícula biliar y de la hernia inguinal, capítulos como cirugía del colon por los doctores J. Martí Ragué, A. Lacy y J.C. García Valdecasas, un capítulo sobre cirugía laparoscópica de los órganos sólidos por los doctores L. Fernández Cruz, A. Sáenz, G. Benarroch, E. Astudillo y E. Torres, así como un capítulo nuestro sobre «Laparoscopia y cáncer del tracto digestivo. Estrategia diagnóstica y terapéutica» donde se trataba ya la cirugía de resección hepática y esofágica por laparoscopia y un capítulo de los doctores P. Parrilla Paricio, J.A. Luján Mompeán y R. Robles Campos sobre complicaciones de la cirugía laparoscópica⁷.

En 1994 los programas de cirugía laparoscópica del cáncer de colon fueron ralentizados o suspendidos en Holanda por la publicación de una carta al *Lancet* de Frits Berends sobre el peligro que significaba el abordaje laparoscópico del cáncer de colon por la aparición de metástasis en las incisiones de los trócares (*port-site metastases*)⁸. Ante estas noticias se inició una corriente importante de investigación clínica y experimental alrededor del Dr. H.J. Bonjer (*Experimental Laparoscopy Surgery Group*) hasta finalmente demostrar que los *port-site metastases* eran probablemente debidos a una técnica de manipulación incorrecta del tumor durante la disección por laparoscopia. En el año 2002 se publica en *Lancet* el estudio de Barcelona del Dr. A.M. Lacy en el que se demostró que el abordaje laparoscópico era seguro, más ventajoso que la cirugía abierta en cuanto a la reducción de la morbilidad y que incluso en los tumores en estadio III el abordaje laparoscópico ofrecía una mejor supervivencia que en los enfermos operados por vía abierta⁹. Esta publicación de un grupo español fue una auténtica revolución mundial y confirmaba que la implementación de la cirugía laparoscópica de colon no tenía vuelta de hoja y que se debía enseñar y desarrollar¹⁰. Así llegamos, afortunadamente, a nuestros días con la publicación en el *New England Journal of Medicine*, este año 2015, del estudio COLOR II con resultados a largo plazo sobre el cáncer de recto, ensayo clínico en el que participan varios grupos españoles.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido apoyo económico ni beca.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Galeano Senabre J, Planells Roig M, Cuesta MA, Moya Sanz A, Pous Serrano S, García Pastor P, et al. Carta a Cirugía Española. *Cir Esp.* 1994;56:105-6.
- Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, Kuhry E, Jeekel J, Haglind E, et al., Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomised clinical trial. *Lancet Oncol.* 2009;10:44-52.
- Cuesta MA, Meijer S, Borgstein P, Derksen E. Cirugía endoscópica. Resultados de un año de práctica. *Cir Esp.* 1992;52:36-40.
- Martí Ragué J, Ortiz Hurtado H, Laporte Roselló E, editores. *Suturas mecánicas y laparoscopia en cirugía Barcelona: J.R. Prous Editores.* 1992.
- Ballesta López C, editor. *Laparoscopia quirúrgica Barcelona: Video Medica S.A.* 1992.
- Cuesta Miguel Age, Nagy Alexander Gea, editores. *Minimally invasive surgery in gastrointestinal cancer London UK: Churchill Livingstone.* 1993.
- Laporte Roselló E, editor. *Cirugía laparoscópica Barcelona: Pulso Ediciones S.A. Actualizaciones quirúrgicas.* 1993.
- Berends FJ, Kazemier G, Bonjer HJ, Lange JF. Subcutaneous metastases after laparoscopic colectomy. *Lancet.* 1994;344:58.
- Lacy AM, García-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taurá P, Piqué JM, et al. Laparoscopic-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: A randomized trial. *Lancet.* 2002;359:2224-9.
- Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, Cuesta MA, van der Pas MH, de Lange-de Klerk ES, et al., COLOR II Study Group. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med.* 2015;372:1324-32.