

LOS COMIENZOS DE LA COLECISTECTOMIA **LAPAROSCOPICA**

Francois Dubois
Centre Médico - Chirurgical
de la Porte de Choisy
París - France

Los cirujanos buscan desde siempre reducir la agresividad de sus intervenciones lo que se traduce actualmente por la orientación hacia una cirugía llamada mini invasiva.

En lo que concierne a la colecistectomía esta tendencia se había traducido por la colecistectomía por minilaparotomía que nosotros practicamos desde 1973 y de la cual habíamos estandarizado la técnica en 1983, a partir de 1.500 casos. Las ventajas frente a la técnica clásica eran ya evidentes en lo que concernía a la simplicidad de las consecuencias operatorias, reducción de la duración del descanso y el tiempo sin trabajar, sin contar el beneficio estético.

Sin embargo, habiendo conocido incidentalmente que Philippe Mouret cirujano de Lyon habituado a la celioscopia había practicado por esta técnica algunas colecistectomías en 1987 y habiendo tenido el privilegio de ver un video del tema, las ventajas potenciales de esta practica me parecieron evidentes y me incitaron a aceptar el desafío.

Además de esta circunstancia fortuita, dos elementos fueron determinantes :

- Por una parte yo disponía de un aparataje de celioscopia pues se practicaban en mi servicio celioscopías diagnósticas sobre todo en el dominio ginecológico.
- Por otra parte tenía la chance de disponer en otro hospital de una unidad de cirugía experimental lo que me permitió familiarizarme con la técnica celioscópica, dado el hecho bien sabido que los cirujanos digestivos no la usaban en Francia.

Para un cirujano clásico operar con celiocirugía no es evidente : la visión no es directa, sino por intermedio de un telescopio; los movimientos de los instrumentos, como consecuencia de un punto fijo intermediario están invertidos ; no se puede introducir la

mano o los dedos para palpar, desprender o comprimir. Aunque la práctica de la minilaparatomía nos había acostumbrado a manipular los elementos fuera del abdomen, el paso que quedaba por dar era importante.

Curiosamente, al comienzo las maniobras más inquietantes fueron la creación del neumoperitoneo y la introducción a ciegas del primer trócar. Una vez que adquirimos esta técnica y nos familiarizamos con los instrumentos, decidimos pasar a la práctica en el ser humano.

Deliberadamente este paso se hizo por etapas : al principio simple exploración celioscópica, antes de la intervención clásica; después introducción de los instrumentos por los trócares y comienzo de la disección del pedículo, continuando la colecistectomía misma por minilaparotomía ; al final, la intervención enteramente celioscópica.

Nuestra primera colecistectomía hecha totalmente por celioscopía fue en Abril de 1988 en una mujer joven de talla mediana, que tenía una litiasis vesicular de pequeño tamaño, y no complicada. Las consecuencias fueron de una gran simplicidad, y la enferma quedó satisfecha lo que nos incitó a continuar, a pesar de las preocupaciones técnicas que ocasionaba la operación misma. Estas primeras colecistectomías eran en efecto la fuente de múltiples dificultades y «GAGS», que ponían a prueba al cirujano y sus ayudantes.

Si bien la creación del neumoperitoneo y su mantención eran simples, gracias al aparataje puesto a punto por una parte en Francia por M.A. Bruhat y su equipo, y por otra parte en Alemania por Kurt Semm había muchos otros problemas.

- En lo que concierne a la visión la óptica era buena pero no se disponía todavía del video; se debía aplicar el ojo al ocular y sólo el operador podía seguir la operación lo que era muy molesto y frustrante para los ayudantes; el operador estaba obligado a modificar sin cesar la posición del telescopio para aproximarse o alejarse y variar los ángulos de observación; el ayudante al no ver nada se desplazaba involuntariamente y frecuentemente era necesario corregir la posición. En recompensa, los ayudantes podían de tiempo en tiempo, echar una mirada sobre la región operatoria. Por otra parte, los problemas de vapor, de ensuciamiento del objetivo y del humo estaban todavía menos resueltos que ahora y obligaban a retirar el telescopio para limpiarlo. En fin, el operador debía habituarse a trabajar en visión monocular,(es todavía el caso) con lo cual se imprime al comienzo imprecisión en los gestos : felizmente que en esa época solo el operador era testigo de esta imprecisión y de la vacilación de las maniobras.

- La elección de los instrumentos y su pasaje a través de la pared no eran tampoco simples.

Philippe Mouret había optado sin dificultad por una solución mixta : pasada del

telescopio y de ciertos instrumentos endoscópicos a través de trócares herméticos asociadas al pasaje directo transpariental, otros instrumentos más clásicos, un ayudante asegurando en lo posible la hermeticidad al oprimir la pared. Por mi parte, yo trataba de introducir todos los instrumentos a través de trócares, pero esto me forzaba a no utilizar más que los instrumentos endoscópicos disponibles : existía felizmente una instrumentación de base puesta a punto por Semm. El problema espinoso era el de los portaclips. La práctica de la minilaparotomía, haciendo las ligaduras profundas difíciles, me había incitado a utilizar clips metálicos para hacer hemostasia : Desgraciadamente ningún portaclips disponible, de uso descartable o no, tenía una sección circular y el portaclips de Filshie utilizado para la ligadura de trompas era verdaderamente muy grueso. Hasta que un fabricante tuvo a bien producir un prototipo correcto, se debió utilizar el portaclip de la cirugía clásica con sección rectangular tratando de asegurar la hermeticidad con la ayuda de chupetes de biberón, de dedos de guantes, etc. etc..., que era necesario unir al trocar mediante ligaduras!! La instalación de cada clip tomaba varios minutos! En fin, los instrumentos estaban mal aislados y era necesario pegar las cintas plásticas adhesivas cerca de las extremidades para evitar las quemaduras intempestivas.

- Al contrario, para la instalación del enfermo yo fui desde el comienzo seducido por la posición llamada de «Doble equipo», el operador se colocaba entre las piernas : yo tenía la práctica de esta posición en cirugía colo-rectal y apreciaba su comodidad: esta fue la «Posición Francesa».

Sea como sea, las primeras colecistectomías anduvieron bastante bien : Nosotros seleccionamos los enfermos que se presentaban favorablemente y los casos no complicados. La regla era (y queda todavía igual) convertir en laparotomía los casos de dificultades o de hemorragia notable : simplemente nosotros lo hacíamos mas a menudo que ahora donde esta conversión se ha hecho rarísima.

Decir que la colecistectomía celioscópica fue bien recibida en el medio médico y quirúrgico sería un eufemismo!; ignorada o tolerada en el mejor de los casos, las críticas más venenosas le fueron a menudo dirigidas. Mi carrera anterior y el hecho de que yo trabajaba en un establecimiento conocido por su seriedad me protegieron un poco y contribuyeron quizás a evitar un rechazo brutal del método. Sin embargo, cuando yo quise a finales de 1988, comunicar los primeros resultados de algunas docenas de casos, se me respondió (al igual que en 1980 para la colecistectomía por minilaparotomía!), que se trataba de una técnica peligrosa y que no debía difundirse. También en Francia, al igual que en USA, yo debí esperar más de un año para que una revista me aceptara la publicación.

Lo que vino a continuación es conocido!!!