



## SIMPOSIO

# SIMPOSIO: LAPAROSCOPIA, UNA PUESTA AL DÍA. SYMPOSIUM: LAPAROSCOPY, UP-TO-DATE

## PREFACIO

## PROLOGUE

“¿Por que mirar por la cerradura cuando puede abrirse la puerta?” .... Este fue el comentario despectivo de un eminente ginecólogo tras la presentación de algunas de las primeras observaciones realizadas por uno de los pioneros de la laparoscopia del siglo pasado; y, probablemente, aún siga siendo el pensamiento de muchos, aunque creo yo cada vez menos colegas, con respecto a esta técnica quirúrgica.

La inquietud del hombre por atisbar en el interior del cuerpo humano es tan antigua como la propia historia. Así, el Talmud babilónico (tratado de Niddah) describe un instrumento para la observación del cuello uterino y, en el Instituto Rizzoli de Bolonia, puede verse espéculos bivalvos recuperados de las cenizas de Pompeya.

Como sucede en diversos campos de la ciencia, el progreso médico ha dependido de los avances tecnológicos logrados por la comunidad científica y

en la laparoscopia esto se ha cumplido de manera absoluta, ya que de no ser por los diferentes avances tecnológicos, esta no hubiera logrado el desarrollo que actualmente tiene. Así tenemos que Thomas Edison desarrolló la bombilla incandescente, en 1880, y esto fue aprovechado por Newman, quien la adaptó para su uso en cistoscopia, allá por 1880.

Diversos nombres han sido y siguen aún siendo usados para referirse a este procedimiento, como ‘ventroscopia’ (del latín venter, abdomen) y ‘celioscopia’ (del griego koilia, abdomen). Pero, fue Jacobeus quien, en la primera década del siglo pasado (1910), introdujo el término laparoscopia (del griego lapar, flanco); este es el término que sigue teniendo más vigencia hasta la actualidad. Fue el mismo Jacobeus quien desarrolló uno de los pasos claves de la laparoscopia, la distensión de la cavidad abdominal para viabilizar su observación; él introducía un trocar y una cánula, y hacía pasar aire ambiental a través de esta última, para luego insertar un citoscopio.

**Alfredo Celis L.**

Médico Asistente, Servicio de Ginecología,  
Red Asistencial Rebagliati, Lima, Perú

*Rev Per Ginecol Obstet. 2009;55:6-8.*

A finales de la primera década del siglo veinte, ya se había establecido los principios fundamentales de la laparoscopia diagnóstica; pero, tal como era de esperarse, tal situación no satisfizo durante mucho tiempo a los cirujanos, en quienes tempranamente se despertó la inquietud de poder no solamente observar, sino poder realizar intervenciones quirúrgicas. Tuvieron que pasar varios años para que esto se fuera haciendo realidad, años en los que progresivamente se iba desarrollando diversos instrumentos, a medida que las indicaciones iban aumentando, tanto en frecuencia como en complejidad. De esta manera, Boesch (1936), en Suiza, y Anderson (1937) en los Estados Unidos propusieron la esterilización tubárica laparoscópica por fulguración. Pero, fueron Power y Barnes (1941) quienes llevaron a cabo la primera esterilización real, con lo cual la laparoscopia quirúrgica había nacido.



Durante los años cincuenta, los avances más importantes fueron de naturaleza técnica. Así se introdujo primero un método para transmitir una luz intensa mediante una barra de cuarzo, y luego Hopkins (1952) diseñó la aplicación de la fibra óptica. Con esto fue posible situar la fuente de luz en el exterior de la cavidad peritoneal. La nueva técnica fue aceptada con mucho entusiasmo, sobre todo en Europa, considerándose a Raoul Palmer, de París, como el padre de la laparoscopia ginecológica moderna.

A pesar del gran entusiasmo y de la aparición de muchos laparoscopistas en Norteamérica, la popularidad de la técnica quedó opacada durante aproximadamente dos décadas. Durante esta fase de la evolución de la laparoscopia, la mayoría de ginecólogos se contentaba con realizar procedimientos menores, limitándose mayormente su uso a las esterilizaciones tubáricas y a algunas intervenciones, como biopsias y lisis de adherencias, esto motivado por la ausencia de equipos que posibilitaran intervenciones de mayor complejidad.

En la década de los setenta, el entusiasmo pareció resurgir y en diversos centros del mundo se comenzó a explorar otros procedimientos ginecológicos, destacándose entre estos los de Kiel, en Alemania, y Gomel, en Vancouver, Canadá. Kurt Semm y colaboradores, en Kiel, publicaron estudios sobre ooforectomía, salpingectomía y anexectomía, en 1979, y Victor Gomel, presentó sus experiencias iniciales en salpingoovariolisis, fimbrioplastia y

embarazo ectópico.

Entre la década de los setenta y ochenta, dos fueron los avances técnicos más importantes que posibilitaron estos procedimientos y los que se han desarrollado posteriormente. Estos fueron la utilización de los principios de la energía eléctrica por medio del uso de la corriente monopolar y bipolar y la aparición de la videocámara, que hizo posible la magnificación de las imágenes y la visión simultánea del cirujano y sus ayudantes. Estos recursos técnicos permitieron al cirujano llevar a cabo diversos procedimientos bajo control visual del campo operatorio en el monitor; la videolaparoscopia había nacido.

Estos adelantos estimularon a los ginecólogos a realizar procedimientos cada vez de mayor complejidad. La videolaparoscopia ha hecho posible este avance, y la laparoscopia, que desde su introducción en la práctica ginecológica tuvo un rol básicamente diagnóstico, ello se ha ido diluyendo en el tiempo y pasó a cumplir una función eminentemente quirúrgica, a tal punto de considerarse que la laparoscopia diagnóstica ya no existe, porque una vez que se introduce el laparoscopio, siempre es posible realizar cualquier procedimiento, por más pequeño que este sea.

Usualmente, se utiliza el término de cirugía mínimamente invasiva para referirse a la laparoscopia. Pero, se considera que este es un término inadecuado, porque las intervenciones que realizadas por medio de esta técnica no son mínimamente invasivas, pues son similares a las ejecutadas por la cirugía convencional a cielo

abierto. Lo que varía es la forma de ingreso a la cavidad abdominal. Por lo tanto, un término más adecuado es el de cirugía de acceso mínimo, porque lo que realmente se ha minimizado es el acceso al abdomen.

La laparoscopia ofrece la ventaja de menor sangrado, debido a la presión que ejerce el neumoperitoneo sobre los vasos sanguíneos y la ventaja de que el cirujano prácticamente tenga 'el ojo sobre la zona operatoria' por la magnificación de la videocámara, lo cual facilita la cirugía y permite solucionar rápidamente cualquier complicación que se presentara.

Lo antes referido es tan cierto, que los procedimientos quirúrgicos han ido avanzando progresivamente en complejidad, de la extirpación de quistes ováricos simples a tumoraciones más complejas, como quistes dermoides y endometriomas, tratamiento de embarazo ectópico y manejo de la incontinencia urinaria. La inquietud de los ginecólogos no se detenía y dirigió sus esfuerzos a realizar la intervención quizás más frecuente de la especialidad, la histerectomía. Fue así que H. Reich, en 1989, publicó el primer caso de histerectomía laparoscópica, la cual rápidamente se generalizó en el mundo, llevando a la introducción de múltiples variantes en la técnica y en la terminología, siendo la histerectomía laparoscópica total su variante más compleja.

El avance no se ha detenido y, en los últimos años, la vía laparoscópica ha ido incursionando en la oncología ginecológica, para el tratamiento del cáncer uterino, realizándose ya en



diversos centros la linfadenectomía pélvica y paraaórtica, así como la histerectomía radical. De esta manera, la laparoscopia le ha brindado al ginecólogo la posibilidad de llevar a cabo las diferentes intervenciones quirúrgicas de la especialidad, llegándose a reconocer hoy en día que, en la práctica, la totalidad de los procedimientos ginecológicos pueden ser realizados por vía laparoscópica.

El objetivo de este simposio es hacer evidente el desarrollo alcanzado por la laparoscopia en el manejo de la tan variada patología ginecológica, y establecer cuál es su estado actual a nivel de América Latina. De esta manera, en una forma un tanto ambiciosa, hemos tratado de abarcar la mayoría de las patologías, convocando para ello a distinguidos colegas nacionales y del extranjero, para que nos muestren, sobre todo, su experiencia en el desarrollo de los diversos temas escogidos. Hemos dividido el simposio en dos partes. En la primera, que se publica en el presente número de la Revista, tenemos al doctor Leopoldo Videla de Rivero, director del Instituto Europeo de Laparoscopia, quien con sus colaboradores hacen referencia a la enseñanza actual

de la laparoscopia ginecológica; el doctor Alejandro Siu muestra la evolución que ha logrado la laparoscopia en el manejo de la enfermedad pélvica inflamatoria; el doctor Adolfo Rechkemmer se refiere al manejo laparoscópico de la endometriosis; el doctor Enrique Flint nos dice cuándo está indicada la miomectomía laparoscópica; y el doctor Alfredo Celis -encargado de la coordinación del simposio- establece el rol de la laparoscopia en la evaluación por infertilidad.

En el próximo número de la Revista, se presentará la segunda parte del simposio, en el cual escriben el doctor Íther Sandoval, quien muestra su experiencia en el manejo del dolor pélvico crónico; el Dr. Jaime Seminario nos hace un recuento sobre las diversas modalidades de histerectomía laparoscópica; el doctor Víctor Figueroa se ha encargado del manejo de las tumoraciones de ovario; el doctor Jorge Sarrouf, muy conocido en nuestro medio por sus múltiples visitas, nos hace una puesta al día en el manejo laparoscópico del cáncer de cuello uterino; y el doctor Henry Valdivia y colaboradores nos muestran el avance de la laparoscopia en el manejo del cáncer de endometrio.

No quiero terminar este pequeño recorrido por la evolución histórica de la laparoscopia, sin dejar de mencionar y reconocer la labor pionera del doctor Juan Tremolada, a quien considero como el iniciador de la laparoscopia quirúrgica en nuestro país. Así mismo, reconocer el esfuerzo de los médicos del servicio de ginecología del hospital Rebagliati, donde se realizó la primera histerectomía laparoscópica total y actualmente se realiza procedimientos tan complejos como la linfadenectomía pélvica para el tratamiento del cáncer uterino, amén del permanente apoyo docente en la formación de nuevos laparoscopistas a través de cursos y rotaciones por el servicio.

Finalmente, creo que la metafórica pregunta ¿por qué mirar por la cerradura cuando puede abrirse la puerta?, que es el encabezado de este artículo, a través de los años y del desarrollo logrado por esta técnica tanto en el mundo como en nuestro país, ha sido contestada de manera contundente, y cabría plantearse, en todo caso, una nueva pregunta a manera de respuesta, ¿Por qué abrir la puerta si a través de la cerradura podemos ingresar y hacer lo mismo?