

Editorial por invitación

Enrique D. Pirchi

Desde que Charles McBurney realizó en 1889 su descripción inicial del diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, se realizaron pocos cambios en la técnica quirúrgica de la apendicectomía hasta la llegada de la técnica laparoscópica casi un siglo después. Es de destacar que, contrariamente a la explosiva popularización de la colecistectomía laparoscópica aparecida poco tiempo antes, el advenimiento de esta técnica no fue seguido de una aceptación inmediata como técnica de elección. Surgieron controversias, tanto acerca del posible aumento de las colecciones posoperatorias como del incremento de costos no compensado por las ventajas del procedimiento. Con la progresiva aplicación del abordaje laparoscópico al tratamiento quirúrgico de las patologías abdominales y la mayor disponibilidad del instrumental laparoscópico durante las 24 horas en los servicios quirúrgicos, la mayoría de estas objeciones se han aclarado en la última década y ha aumentado concomitantemente la indicación de apendicectomía laparoscópica.¹ En presentaciones en la Academia Argentina de Cirugía, publicadas en esta revista, se pudo confirmar que el abordaje laparoscópico posibilita no solo un mejor diagnóstico de esta patología en la duda diagnóstica, sino también una adecuada resolución de las peritonitis generalizadas, con una menor morbilidad y reducción de las colecciones posoperatorias, constituyendo esta última situación una de sus principales indicaciones.² La menor incidencia de complicaciones posoperatorias infecciosas intraperitoneales y de la pared abdominal ha permitido equiparar globalmente los costos de esta técnica con los que implica un abordaje por vía abierta, sobre todo en una apendicitis complicada y en los obesos.

En la actualidad existe consenso acerca de que, ante un paciente con apendicitis aguda en centros que dispongan del equipamiento y el personal entrenado en el abordaje laparoscópico, este puede indicarse como el de elección.³ Esta conducta inicial, entendida como laparoscopia exploradora, permitirá realizar diagnósticos diferenciales que ocurren en un 4 a 10% de los casos, dependiendo de la demora en la que se incurra al indicar la cirugía.⁴ Además, en los casos con presunción diagnóstica correcta, la apendicectomía laparoscópica aportará las conocidas ventajas del abordaje miniinvasivo (menor dolor e íleo posoperatorio, menor formación de adherencias, menores complicaciones de herida y de pared, menor tiempo de internación y mejor recuperación posoperatoria). Por otro lado, es importante señalar que su empleo excesivo ante cualquier abdomen doloroso con duda diagnóstica, con el argumento aumenta en forma no aceptable el número de lapa-

roscopias en blanco o ectomías de apéndices sanos.⁵

En esta edición de la Revista Argentina de Cirugía contamos con estudios que abordan dos de los puntos que aún generan controversia con respecto a la apendicectomía laparoscópica (AL): su utilización durante el embarazo y su papel en el entrenamiento de cirujanos en formación.^{6,7}

Se ha postulado que la AL logra sus mayores ventajas en los pacientes obesos y en las mujeres en edad fértil.^{2,4} En los obesos, el abordaje convencional se asocia a mayores dificultades y a posibles complicaciones de pared. En la mujer en edad fértil, la ventaja potencial de la AL es diagnóstica, por la incidencia de hasta el 30% de patologías ginecológicas que se presentan con cuadros similares. Si bien estas son infrecuentes durante el embarazo, también presentan dificultades diagnósticas por el cambio de la topografía apendicular ocasionado por el útero grávido. El abordaje laparoscópico en estos casos se asocia a ventajas de la exploración del abdomen pero también a dificultades por el reducido espacio de trabajo, con el riesgo agregado de comprometer el curso del embarazo. El estudio del Dr. Terrés y colaboradores, publicado en esta edición, muestra que la AL, realizada con cuidado especial de los detalles técnicos, es eficaz en mujeres embarazadas sin riesgos para la salud fetal. Aceptada la premisa de que la AL no compromete el curso del embarazo, como se observa en el estudio de Terrés y colaboradores, queda pendiente aún la controversia sobre el límite de edad gestacional para indicarla en forma segura.⁶ Se ha planteado que este límite podría ser el tercer trimestre del embarazo, en el cual las ventajas de la AL podrían no superar a sus desventajas, y se requerirán estudios que analicen específicamente los resultados de aquellas pacientes intervenidas en el tercer trimestre, lo cual es difícil de lograr en investigaciones unicéntricas.

El estudio de Ayón Dejo y colaboradores aborda las dificultades que acarrea la implementación de la AL en el entrenamiento de los cirujanos en formación.⁷ Este tema es crucial para los programas actuales de residencia de cirugía y puede ser contemplado desde perspectivas diferentes. Las tres preguntas que generalmente se realizan son: ¿Puede un cirujano en formación realizar una AL antes de haberse entrenado adecuadamente en apendicectomías convencionales?, ¿es la AL la primera intervención laparoscópica que debe realizar un residente de cirugía en su primer año? y finalmente, ¿cuál es el impacto en morbilidad posoperatoria que ocasiona el hecho de que residentes de primer año se desempeñen como cirujanos en las AL? La publicación de Ayón Dejo y colaboradores registra los

resultados obtenidos en AL intervenidas por residentes de primero y segundo año. Su grupo pudo demostrar que una serie de AL realizadas por residentes puede lograr buenos resultados intraoperatorios y posoperatorios. Si bien no especificaron cuántas intervenciones convencionales habían realizado antes de las AL, lo que hubiera sido necesario para contestar la primera pregunta, este estudio nos deja dos detalles de gran utilidad para responder a la tercera. Por un lado, registró la necesidad de que el cirujano staff complete algún paso de la intervención en más del 10% de los casos. Este hecho, que refleja lo que ocurre en la mayoría de los centros de formación, señala la importancia de contar con el cirujano entrenado dentro del equipo interviniente no solo por su función de supervisión sino también para completar maniobras que si no podrían atentar contra la seguridad del paciente. Por otro lado, debe desta-

carse que todos los residentes de este estudio habían cumplido con pautas de entrenamiento en simuladores antes de actuar en pacientes. Este concepto, elemental en el entrenamiento de pilotos de avión, parecería difícil de aplicar en todos los centros de entrenamiento quirúrgico. Al respecto, pueden armarse *pelvitainers* a muy bajo costo, cuyo uso sistemático se ha probado en forma reiterada que mejora significativamente las destrezas quirúrgicas, por lo cual deberían ser de empleo obligatorio en todo centro de entrenamiento.⁸ La AL requiere la coordinación de ambas manos y tiene una gran variabilidad anatómica, lo que la hace ideal para el entrenamiento del cirujano en formación, incluso antes que la colecistectomía laparoscópica. Su implementación, tal como fue enunciado para AL y es válida para toda práctica quirúrgica, requiere siempre observación previa, prácticas de destreza y supervisión adecuada.

Referencias bibliográficas

1. Pirchi ED, Iribarren C, Mihura ME, Cappi RA, Cerutti RA, Porto E y cols. Evolución de la apendicetomía laparoscópica en un servicio de cirugía. Análisis de dos series comparativas. Rev Argent Cirug. 1998; 74:210-7.
2. Iribarren C, Pirchi ED, Schauvinhold CF, Amarillo H, Cerutti RA, Porto E y cols. Apendicetomía laparoscópica en apendicitis perforadas con peritonitis. Rev Argent Cirug. 2001; 80:164-70.
3. Iribarren C, Sarotto L, Suárez Anzorena F, Sánchez Almeyra R, Stalti MA, Staltari JC y cols. Reunión de Consenso-Apendicetomía Laparoscópica. Rev Argent Cirug. 2001; 81(3-4):67-70.
4. Quidrian S, Iribarren C, David M, Abdala F. Utilidad de la laparoscopia en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda sin peritonitis. Rev Argent Cirug. 2002; 83(1-2):26-30.
5. Iribarren C, Medina P, Muñoz C, Pirchi ED. Apendicetomías negativas ¿aumenta su incidencia con la cirugía laparoscópica? Rev Argent Cirug. 2008; 94(5-6):169-75.
6. Terrés MC, Iudica F, Chwat C, Szykula A, Lemme G, Rosato G. Abordaje laparoscópico de la apendicitis aguda durante el embarazo. Rev Argent Cirug. 2014;106(2): 83-90
7. Ayón Dejo CB, Hoz M, Wang MH, Zubieta C, Tedesco JD, Petrone P. Apendicetomía laparoscópica: ¿puede ser realizada por residentes de cirugía de los primeros años? Rev Argent Cirug. 2014; 106(2): 91-4
8. Pirchi ED, Iribarren C, Viana A, Porto E. Entrenamiento laparoscópico en simuladores. Medición de su efecto en pruebas de destrezas laparoscópicas. Rev Argent Cirug. 2010; 98(1-2):9-13.

Editorial por invitación

Ezequiel Fernández

La cirugía bariátrica se ha establecido como el mejor y más duradero tratamiento de la obesidad mórbida y sus enfermedades asociadas.¹ Entre las técnicas utilizadas, el *bypass* gástrico (BPG) es considerado por muchos el procedimiento de referencia (*gold standard*), mientras que la gastrectomía vertical o gastrectomía en manga (GM) se ha ganado un lugar preeminente en la última década.

Grigaites y cols.² presentan una extensa experiencia de 4 años de trabajo, con un seguimiento de mediano plazo. La cantidad de pacientes intervenidos los posiciona como centro de alto volumen. El MBSAQIP³ define como grupo de alto volumen a aquel con más de 50 cirugías bariátricas con suturas anuales.

La técnica utilizada en ambos procedimientos es la estandarizada mundialmente. Prefieren la gastrectomía en manga en pacientes de alto riesgo. Esto va en concordancia con la mayoría de las publicaciones, que encuentran en la gastrectomía tubular un procedimiento perioperatorio de menor morbilidad. La base de datos multicéntrica BOLD⁴ (sobre 180 000 pacientes operados en centros de excelencia de Estados Unidos) encontró un índice de reoperaciones a mediano plazo del 1,8% para GM vs. 6,6% para BPG. En la misma línea, el estudio multicéntrico aleatorizado SM-BOSS⁵ describe una morbilidad del 8,4% (GM) vs. 17,2% (BPG). También concuerda con la experiencia de los autores, que sufrieron solo una octava parte de las complicaciones con esta técnica comparada con el *bypass* gástrico.

La estenosis de la anastomosis gastroyeyunal fue la complicación más frecuente en esta serie. La necesidad de realizar una anastomosis estrecha para mejorar la restricción hace de esta la complicación más común del BPG. Si bien se encuentra entre las complicaciones que normalmente no amenazan la vida, obliga a reintervenciones y reduce la calidad de vida posoperatoria.

Debe destacarse la baja morbilidad publicada. Es conocida la experiencia del autor y su detallismo técnico para la cirugía bariátrica. La ausencia de mortalidad y el bajo índice de filtraciones y hemorragias lo ubican a

la par de la estadística de centros de excelencia de cirugía bariátrica. Es el resultado de la conocida importancia de la capacitación y dedicación exclusiva que debe tener un equipo quirúrgico y multidisciplinario. Esto ha sido bien documentado particularmente para el *bypass* gástrico, una cirugía demandante técnicamente y que requiere un entrenamiento permanente. El-Kadre y cols.⁶ describen una mortalidad por encima del 1% hasta superados los 400 casos de BPG, demostrando claramente la importancia del entrenamiento y la curva de aprendizaje.

Aun así, las estenosis anastomóticas y las oclusiones intestinales secundarias a hernias internas, tanto como las hemorragias intraluminales e intraabdominales, constituyen complicaciones difíciles de erradicar. Este es uno de los motivos por los cuales se ha desarrollado la búsqueda de otras cirugías con resultados similares y menor morbilidad.

Recientes ensayos clínicos posicionan a la GM como una alternativa al BPG. Sus resultados en descenso de peso y resolución de comorbilidades son comparables a los del *bypass* con menor morbilidad e índice de reintervenciones. El estudio suizo SM-BOSS aleatorizó 217 pacientes a GV o BPG. El descenso de peso fue excelente en ambos grupos con tendencia a un mantenimiento para el BPG solo a los 3 años. Salvo para reflujo gastroesofágico (RGE) (mejor en BPG), no hubo diferencia en la mejoría de comorbilidades entre ambas cirugías. En el actual estudio no se encuentra diferenciada la caída de peso para ambas cirugías ni el porcentaje de seguimiento. Resulta, de todas formas, difícil comparar ambas cirugías en este trabajo, tratándose de poblaciones heterogéneas. Continuar el seguimiento de estos pacientes permitirá establecer la morbilidad alejada y evaluar la reganancia de peso y la recidiva de comorbilidades.

Resta felicitar al Dr. Grigaites y sus colaboradores por la extensa serie y los excelentes resultados presentados, que los posicionan como uno de los grupos referentes de cirugía bariátrica en la República Argentina.

Referencias bibliográficas

1. Sjöström L, et al for the Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *N Engl J Med.* 2007; 357:741-52.
2. Grigaites AL y cols. Morbimortalidad posoperatoria en cirugía bariátrica laparoscópica: Experiencia en 1020 pacientes. *Rev Argent Cirug.* 2014; 106(2):103-9
3. Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program
4. BOLD database, 2012.
5. Peterli R, Borbély Y, Kern B, Gass M, Peters T, Thurnheer M, et al. Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS): a prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg.* 2013 Nov;258(5):690-4.
6. El-Kadre L, Tinoco AC, Tinoco RC, Aguiar L, Santos T. Overcoming the learning curve of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a 12-year experience. *Surg Obes Relat Dis.* 2013 Nov-Dec;9(6):867-72.