

5º CURSO INTERNACIONAL DE NOTES-W.I.D.E.R.-BARCELONA

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES

C.L. Ruiz de Villalobos y
R. González Arias

200 especialistas en el tratamiento mínimamente invasivo de las enfermedades del aparato digestivo de todo el mundo, asistieron a la que ha sido la quinta edición del Curso Internacional de NOTES-W.I.D.E.R. que tuvo lugar en el Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.



Antonio J. Torres García, Manel Armengol Carrasco y José Ramón Armengol-Miró; co-directores del 5º Curso Internacional de NOTES-WIDER Barcelona.

El Curso, que cuenta con el soporte y dotación del proyecto WIDER-Barcelona, del Hospital Universitari Vall d'Hebron, del Institut Recerca de este hospital, OLYMPUS Endoscopia, Laboratorios INIBSA y la Obra Social de La Fundación "la Caixa", está avalado por la Fundación Española de Endoscopia Digestiva (FEED) y por la Sociedad Española Médico-Quirúrgica de Endoscopia Digestiva. Está, además, acreditado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y por el Consell Català de Formació Mèdica Continuada con 2,8 créditos.

Sus directores, como en ediciones anteriores, fueron los doctores José Ramón Armengol-Miró y Manuel Armengol Carrasco, de Barcelona, y el doctor Antonio J. Torres García, de Madrid.

NOTES, presente y futuro NOTES experimental

Tras una breve presentación del Curso, a cargo de sus directores, tuvo lugar la sesión, dedicada al desarrollo de nuevas técnicas de NOTES en animales, fundamentalmente mediante acceso transgástrico. La mesa, previa a la inauguración oficial, estuvo presidida por los doctores Manuel Armengol, Liao Shanying (R.P.China) y Marta Vila Costa (Barcelona), y fue moderada por los doctores Pedro Alonso Aguirre (A Coruña), Vicente Martínez Ibáñez (Barcelona), Eduardo Segal (Argentina) y Abraham Mathew (EE.UU.).

Per-Ola Park (Suecia) abrió el turno de intervenciones con una exposición acerca de las diversas técnicas que pueden emplearse para comprobar la eficacia del cierre del orificio que se hace en el estómago para acceder al peritoneo una vez ha concluido el procedimiento y se retira el endoscopio.

A continuación, le siguió la doctora Maria Bergstrom, también de Suecia. La experta se refirió al estrés operatorio de los pacientes, medido a través de la respuesta inflamatoria, en los procedimientos NOTES, todos ellos en animales de experimentación.

La siguiente en tomar la palabra fue la doctora Annette Fritscher-Raven (Alemania), que se centró en el riesgo de infección cuando se utiliza el endoscopio para acceder al peritoneo a través de un orificio en el estómago. Como explicó esta experta, la posibilidad de transmitir una infección al peritoneo, una cavidad teóricamente estéril, es alta porque los endoscopios, aunque están desinfectados, se introducen a través de la boca del animal de experimentación o del paciente, donde hay gran cantidad de bacterias, y pasan a través del estómago, una cavidad con pocos microbios y gérmenes, pero que tampoco es estéril.

El doctor Mohammad Al-Haddad (EE.UU.) compartió sus experiencias en NOTES en la realización de gastropexia en perros y planteó sus posibles aplicaciones en humanos. Según el doctor Al-Haddad su aplicación fundamental sería en el vólvulo gástrico, para evitar esta complicación o para que, una vez solucionada, no vuelva a tener lugar. La fijación del estómago a la pared abdominal, explicó, impide que el estómago pueda volverse, es decir, que se produzca una torsión sobre un eje, a veces, transversal, y otras, más frecuentemente, longitudinal. El vólvulo, explicó, es más frecuente en el intestino delgado y en el intestino grueso, en el sigma, y extraordinariamente infrecuente en el estómago, siendo una solución posible en este caso esa fijación. Para llevarla a cabo, el doctor Al-Haddad se servía de la utilización de t-bars, dispositivos en forma de "t" que se introducen cerrados para, posteriormente, abrirlos y traccionar, fijando el estómago a la pared.

La siguiente intervención, a cargo del doctor alemán Alexander Meining, versó sobre la resección submucosa de tumores en el estómago. El doctor Meining mostró varios procedimientos en los que se realizaba una extirpación completa de tumores submucosos por vía endoscópica mientras por vía laparoscópica se comprobaba qué era lo que se estaba haciendo, si el procedimiento era seguro o si se producía alguna pequeña perforación durante la resección del tumor, como así fue, aunque también se pudo comprobar cómo desde dentro del estómago era posible cerrar esa perforación con éxito mediante la utilización de clips.

Una de las últimas intervenciones de esta sesión fue la del doctor Monder Abu-Suboh-Abadia (Barcelona), miembro del equipo del doctor Armengol-Miró, que compartió con los asistentes su experiencia en la utilización de imanes en la disección submucosa y en la resección transmural de lesiones gástricas.



Mesa de la inauguración oficial compuesta por: A. Torres García, co-director del Curso; J. Comella, director del Instituto de Recerca. H.U. Vall d'Hebron; J. Raventós, gerente del H.U. Vall d'Hebron J. Roigé, director médico del H.U. Vall d'Hebron, J. R. Armengol-Miró y M. Armengol Carrasco, co-directores del Curso.

El doctor Abu-Suboh-Abadia hizo referencia al método MESSI, en el que el clip y una de las partes del imán van unidas. De lo que se trata, explicó, es de traccionar la mucosa para facilitar la extirpación del tumor. Para ello, el clip se engancha a la mucosa y se tracciona gracias a un imán externo del que se tira. Gracias a sistemas de tracción como este, se consigue una mayor exposición de la submucosa, lo que ayuda a cortarla, consiguiendo la resección de lesiones extensas, es decir, la disección endoscópica submucosa, de gran actualidad dados los excelentes resultados que con ella están obteniendo, fundamentalmente, en la resección de tumores gástricos precoces y de colon.

Para cerrar la sesión, tomó nuevamente la palabra el doctor Al-Haddad, que se centró en la curva de aprendizaje de NOTES siguiendo los resultados obtenidos en un estudio sobre extirpación de ovarios en animales de experimentación. En este trabajo, se estandarizaron minuciosamente todos los pasos de la cirugía: acceso a través de la cavidad, localización del ovario, extirpación del mismo, cierre... Así, pudo comprobarse que cuantos más procedimientos se realizaban más se reducía el tiempo que requería cada uno de estos pasos y, en consecuencia, el tiempo total de la intervención.

En esta misma línea, uno de los moderadores de la sesión, el doctor Pedro Alonso, comentaba cómo "en NOTES el animal de experimentación es imprescindible para llegar a tener una cierta destreza que permita que estos procedimientos puedan llegar a realizarse en humanos. No podemos pretender aprender directamente en seres humanos".

Inauguración oficial

Al término de la primera sesión, tuvo lugar la inauguración del Curso, a cargo de los co-directores del mismo, que estuvieron acompañados por los doctores Joan Comella, director del Instituto de Recerca del Hospital Universitario Vall d'Hebron; Jaume Roigé, director médico de este hospital; y Jaume Raventós, gerente del mismo.

En su intervención, el doctor Armengol-Miró dio las gracias "una vez más" a la Fundación "la Caixa", que hace posible el proyecto WIDER-Barcelona y la realización de este Curso. Por su parte, el profesor Torres se congratuló de la presencia de tantos líderes europeos y abogó por mirar hacia un futuro en el que el trabajo conjunto permita avanzar. Asimismo, el doctor Armengol Carrasco agradeció la colaboración de todos los presentes y destacó, entre los temas a tratar, el de la cirugía robótica.

El doctor Comella hizo referencia a la labor del Institut de Recerca y a su satisfacción por trabajar junto al profesor Armengol-Miró. El doctor Roigé habló de los grandes cambios que ha experimentado la endoscopia en los últimos 25 años y el doctor Raventós de las nuevas y cada vez más sofisticadas técnicas que han ido surgiendo en este campo. Ambos elogiaron el trabajo, el entusiasmo y el magisterio del profesor Armengol-Miró.

La inauguración concluyó con la conferencia magistral "Informe de la situación de la I+D de primera línea: cómo los instrumentos pueden mejorar el procedimiento NOTES", a cargo del doctor Kiyokazu Nakajima, del Hospital Universitario de Osaka, Japón.



Kiyokazu Nakajima (Japón).

Alternativas a NOTES

Symposium:

Mesa de puerto único

La segunda sesión del Curso estuvo moderada por los doctores Paul G. Curcillo (EE.UU.), Joaquín Balsells (Barcelona), Enrique Veloso (Tarrasa), Salvador Morales (Sevilla), Jian Zhixiang (China) y Yury Starkov (Rusia).

Inició la sesión el doctor Curcillo con una conferencia magistral en la que hizo referencia a qué cualidades eran, en su opinión, necesarias para llevar a cabo con éxito la cirugía de puerto único: paciencia, tiempo y experiencia. "Hace cinco años que se habla de NOTES, ya no es un fenómeno desconocido, pero todavía no se han visto los beneficios de esta técnica", explicó. Los medios para lograr el cambio, apuntó, residen en el acceso por puerto único, la minilaparoscopia, la NOTES, la endoscopia avanzada y, quizás, una nueva plataforma.

Continuando con el tema de su conferencia, el doctor Curcillo señaló la evolución del acceso por puerto único hacia una nueva plataforma: el puerto reducido.

Le siguió el doctor Balsells, que comparó la colecistectomía por laparoscopia y la realizada por puerto único (SILS) y señaló que esta última puede ser una alternativa a la tradicional, en pacientes seleccionados, ya que consigue un mejor resultado estético. Aunque la duración de la intervención es mayor, explicó, los resultados en cuanto a eficacia son similares. El SILS robótico, apuntó, podría ser una alternativa de futuro para minimizar los inconvenientes del puerto único.

El doctor Frascio se centró en la cirugía del colon con SILS, señalando que la investigación quirúrgica busca reducir el trauma de la intervención; reducir o evitar la incisión y, por consiguiente, la morbilidad; reducir la estancia hospitalaria; reducir los costes, y centrar los resultados en el paciente.

El doctor Salvador Morales citó las ventajas potenciales de la cirugía laparoscópica en las colectomías izquierdas y derechas a través de una única incisión: menos dolor, mejores resultados estéticos y más rápida incorporación a la actividad normal y laboral. Aunque, por otra parte, pueden aumentar las complicaciones de la herida, las eventraciones y la morbilidad postoperatoria.

Finalmente, el doctor Eduardo Targarona, cuya intervención versó acerca de la esplenectomía, afirmó que el acceso endoscópico por puerto único es factible para el tratamiento de las enfermedades del bazo y que las controversias y dudas se plantean en relación al tipo de instrumentos necesarios para SILS y su colocación.

La segunda parte de esta sesión fue moderada por los doctores Paul G. Curcillo; Jorge Juan Olsina (Lérida) y Eduardo Targarona.

El doctor Oscar Vidal (Barcelona) fue el primero en intervenir. Este especialista compartió con los asistentes su experiencia en un área muy compleja y en la que es pionero: la adrenalectomía por puerto único. El doctor Vidal destacó que gracias a la laparoscopia esta intervención había pasado de requerir una incisión de dos palmos a tres incisiones de un centímetro y que ahora se había demostrado que también era posible el acceso por puerto único.

Tras la exposición del doctor Vidal, el doctor Jesús Garijo (Madrid) se centró en las técnicas y avances en cirugía gástrica y torácica por puerto único. Son intervenciones muy complejas, sobre todo en el caso de la cirugía gástrica porque, como explicó, no se trata únicamente de extirpar un órgano o una zona, sino que a menudo hay que llevar a cabo cambios funcionales, una funduplicatura, una miotomía... lo que hace que las maniobras sean mucho más complejas.

En tercer lugar, el doctor Alejandro Saenz (Barcelona) se refirió a la apendicectomía por puerto único, de la que dijo era ya una realidad. Entre otras cuestiones, planteó la posibilidad de hacerla a través del ombligo o a nivel suprapúbico y, según su experiencia, este último acceso mejora la visibilidad del cirujano por lo que facilita la operación y la cicatriz, por otro lado, puede disimularse fácilmente con la ropa.



Aspecto de la sala.

Finalmente, el doctor argentino Guillermo Domínguez planteó la posibilidad de emplear imanes para poder separar estructuras. Esta técnica, que poco a poco va ganando adeptos, presenta como principal problema la necesidad de un imán externo de gran tamaño capaz de traccionar la pared, en la que se ha colocado una pinza con una o varias piezas metálicas.

A continuación, un panel de expertos formado por los doctores Gonzalo Galofré (Barcelona), Octavio Mulet Zayas (Sevilla), M. Trias y Folch (Barcelona), M. Gómez Fleitas (Santander) y J. Rocamora Serra (Alicante) participaron en la discusión de las experiencias presentadas durante la sesión.

Como conclusiones, el doctor Targarona señaló que estas nuevas técnicas despiertan un gran interés, pero se encuentran todavía en una fase muy inicial y se desconoce aún cuál será el futuro al respecto. La idea fundamental, resumió, reside en operar evitando grandes incisiones y recurrir a orificios naturales como el ombligo para llevar a cabo toda la operación. Esta posibilidad, sin embargo, es un gran reto para el cirujano, puesto que no se puede triangular. Por ello, añadió, quizás más que de "single port" debería hablarse de "reduced port access", es decir, reducir el número de puertos al mínimo necesario para realizar la intervención de la forma más segura.

Lecturas especiales Cirugía por puerto único en España

La primera lectura especial del Curso de este año recayó en uno de los co-directores del mismo, el doctor Torres García. Como moderadores actuaron los otros dos co-directores, los doctores Armengol Carrasco y Armengol-Miró.

En su intervención, el doctor Torres García se refirió al estado actual de la cirugía por puerto único en España. Para ello, hizo referencia al Registro de Cirugía Laparoscópica a través de Incisión Única, puesto en marcha a principios de 2010 a iniciativa de la Sección de Cirugía Endoscópica de la Asociación Española de Cirujanos (AEC). Los datos, explicó, empezaron a recogerse a mediados de ese mismo año y desde entonces hasta la fecha, según los mismos, se han realizado más de 1600 procedimientos de este tipo en nuestro país, fundamentalmente litiasis de la vesícula biliar, apendicectomía, cirugía de colon, cirugía de la obesidad, cirugía de la pared abdominal y también algunos de órganos sólidos.

El doctor Torres defendió que el objetivo es trabajar en busca de la mínima invasión del paciente y para ello, aseguró, cirujanos y gastroenterólogos endoscopistas deben trabajar conjuntamente.

Avances en endoscopia

El siguiente bloque de intervenciones, dedicado también a lecturas especiales, estuvo moderado por los doctores Weihong Sha (R.P. China), Dimitri Coumaros (Francia) y Pedro Alonso Aguirre. En ella intervinieron los doctores Abraham Mathew (EE.UU.), Jeffrey L. Ponsky (EE.UU.) y Manoel Galvao Neto (Brasil).

El doctor Mathew se refirió, en primer lugar, a la tunelación submucosa y a sus potenciales aplicaciones clínicas. La tunelación, aseguró, puede hacerse en varias zonas aunque es el esófago, por ser un tubo largo en el que la separación de la mucosa y la submucosa resulta más fácil, la ideal. La tunelación, defendió, representa una medida de seguridad cuando el cierre no es totalmente estanco.

En cuanto a la técnica de la tunelación, una de las formas de llevarla a cabo y a la que se refirió el doctor Mathew, reside en inyectar una pequeña cantidad de líquido que separe mucosa y submucosa para posteriormente introducir un balón que al hincharse realice el túnel.

El doctor Ponsky expuso su experiencia con una nueva técnica para el tratamiento de la acalasia denominada POEM (Per Oral Endoscopic Miotomy), técnica que se inició en Japón y en la que ahora están trabajando ya expertos en Estados Unidos. Como explicó el doctor Ponsky, el tratamiento de la acalasia desde hace un siglo es la miotomía de Heller, pero este tipo de cirugía tiene como desventaja que se debilita la unión entre esófago y estómago, dando lugar a un reflujo gastroesofágico muy severo. Por ello, en estos casos, se recurre a la cirugía abierta o laparoscópica antirreflujo. La técnica POEM supone ir un paso más allá, es una técnica endoscópica en la que se recurre a la tunelización y es más complicada que la miotomía de Heller, pero, según el doctor Ponsky, presenta numerosas ventajas con respecto a la misma.

Cerró este bloque dedicado a lecturas especiales el doctor Galvao, que se refirió, enlazando con el ponente anterior, al manejo del reflujo gastroesofágico mediante una novedosa técnica de electroestimulación. Como introdujo el experto, aunque el tratamiento del reflujo gastroesofágico con Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs) ha demostrado ser eficaz, algunos estudios apuntan que a largo plazo éste podría no estar exento de efectos adversos.

Nuevas indicaciones y tecnologías en enfermedad pancreática

Seguendo el programa previsto, se celebró un simposio monográfico sobre enfermedades del páncreas y últimos avances en endoscopia intervencionista. Éste fue moderado por los doctores Francisco Pellicer (Sevilla), Enrique Laporte (Barcelona), Ramón Charco (Barcelona), Louis De Giau (México) y José Olmedo (Ciudad Real).

El doctor Leonardo Sosa (Venezuela) se refirió a la aplicación de la ecoendoscopia con biopsia por aspiración del páncreas, destacando como características: menor distancia entre el ojo y el páncreas, no haber gas de por medio, cortes milimétricos en tiempo real, altas frecuencias ecográficas, menor probabilidad de no evaluar algún área, evaluación total de la glándula y de las estructuras vecinas y relación con dichas estructuras, concluyendo que una ecoendoscopia normal de páncreas excluye de forma definitiva un cáncer de páncreas.

El doctor Irving Waxman (EEUU) se centró en la endomicroscopia confocal láser, indicando que la imagen endomicroscópica es técnicamente factible en el páncreas. Futuros estudios, apuntó, deberán facilitar más información acerca de la identificación de la estructura, la correlación con la histopatología, los parámetros de diagnóstico y los perfiles de complicación.

Le siguió el doctor Juan Gornals (Hospitalet de Llobregat), que trató sobre el tratamiento endoscópico de los pseudoquistes pancreáticos. Cuando estos quistes son pequeños, explicó, es posible aspirarlos; cuando son de mayor tamaño, es preciso hacer un drenaje transmural.

La intervención del doctor Ken Bimmoeller (EE.UU.) versó acerca de los avances en el drenaje de pseudoquistes pancreáticos guiados por EUS. Hizo referencia a varios dispositivos, como el Navix, que tiene el potencial de agilizar el drenaje, y los SEM con una luz más grande o los SEMS cubiertos, que impiden que se adhiera el líquido pancreático mientras se forma una zona madura.

El doctor Abraham Mathew (EE.UU.), se preguntó si en la necrosectomía pancreática debe hacerse una cirugía temprana o un desbridamiento más tarde y si el drenaje en la necrosis pancreática infectada es siempre la primera elección para todos los pacientes. En este aspecto, los resultados del drenaje endoscópico transmural de colecciones de fluido peripancreático fueron un éxito en 211 pacientes consecutivos, afirmó.

El doctor Jean Escourrou (Francia) trató de la necrosectomía endoscópica de emergencia en pancreatitis infectada aguda. El tratamiento, aseguró, permite actuar al mismo tiempo sobre otras lesiones asociadas como litiasis, estenosis o fístulas y resulta una nueva técnica prometedora para el manejo de la infección aguda en pancreatitis necrosada.

El doctor Dong Wan Seo (S. Korea) habló de ecoendoscopia de los tumores císticos pancreáticos, una opción efectiva para el tratamiento de los tumores císticos del páncreas. Hay que cuidar la selección de los pacientes a medida que se requiera la intervención para evitar pruebas innecesarias y optimizar la eficacia terapéutica, sostuvo.

El doctor sueco Per-Ola Park abordó en esta ocasión el tratamiento transgástrico de los abscesos y pseudoquistes pancreáticos con NOTES para lo cual mostró un video sobre la intervención, que se llevó a cabo en 46 pacientes, en la que se efectuó una punción guiada por ecoendoscopia por vía transgástrica.

Concluyó el doctor Irving Waxman (EE.UU.) hablando del paradigma del manejo de la necrosis y las colecciones de líquido pancreático, señalando que la endoterapia es una opción viable para el manejo de la necrosis pancreática y/o las colecciones del fluido y que es preciso un enfoque multidisciplinar con las experiencias quirúrgicas y radiológicas disponibles.



Irving Waxman (E.E.U.U.)



Dong Wan Seo (S. Korea)

Mesa de NOTES clínico

Los doctores Armengol Carrasco, Antonio Torres, Alberto Montori (Italia) y Jian Zhixiang (R.P. China) moderaron un simposio dedicado a NOTES clínico en el que intervinieron los doctores Antonio M. De Lacy (Barcelona), Juliane Bingener-Casey (EE.UU.), José Noguera (Palma de Mallorca) y Xavier Dray (Francia).

El doctor De Lacy, que se centró en la cirugía colorrectal, aseguró que en este campo "NOTES aún está en la infancia" y afirmó que "para que llegue a ser una realidad es precisa la cooperación entre la industria, los endoscopistas y los cirujanos; y hay que definir las herramientas y las técnicas que se necesitan, incluyendo el mejor abordaje por vía colorrectal".

La doctora Bingener-Casey abogó por el abordaje transvaginal para los procedimientos ginecológicos mientras que señaló la vía transabdominal para los gastrointestinales. La vía transvaginal estaría especialmente indicada para algunos procedimientos como ligadura de tropas, endometriosis o atrofia sexual durante la menopausia.

El doctor José Noguera, por su parte, presentó un video de una colescistectomía por puerto único por vía transvaginal con endoscopio flexible.

El doctor Dray, se centró en la peritoneoscopia con endoscopio flexible para el estadije del carcinoma peritoneal. Según el experto, ha demostrado mayor capacidad de estadije que con los endoscopios rígidos y se ha convertido en el procedimiento estándar de estadije. En una segunda intervención, el doctor Dray habló de la omentectomía endoscópica en el manejo de la obesidad y del síndrome metabólico y presentó un video con varias de estas intervenciones.

Lecturas especiales

La siguiente mesa, dedicada a lecturas especiales, fue moderada por los doctores Felipe Martínez Alcalá (Sevilla), Leopoldo López Rosés (Lugo), Alberto Montori, Liao Shanying (R.P. China) y Enrique Castillo Begines (Burgos).

En primer lugar, la doctora Carla Rolanda Rocha (Portugal) trató del NOTES torácico por vía oral con asistencia de un sólo trocar. La incisión transtorácica, apuntó, es una ayuda para situar un drenaje externo y para regular los procedimientos torácicos en humanos. Los estudios realizados en este aspecto representan un paso adelante para la cirugía torácica mínimamente invasiva y el abordaje transesofágico puede trasladarse a los humanos, con una reducción paulatina de los trocates transtorácicos, explicó.

Los nuevos métodos de anastomosis fue el tema abordado por el doctor Paul Swain (Reino Unido), quien afirmó que la formación de anastomosis es un procedimiento quirúrgico muy común para el cual la mayoría de cirujanos utilizan grapas, lo que tiene sus inconvenientes. Actualmente se dispone de un nuevo método y nuevas herramientas para la anastomosis laparoscópica.

El doctor Dong Wan Seo se refirió a la colangioscopia y NBI de las lesiones de las vías biliares. El experto indicó que la colangioscopia es el mejor método para detectar los depósitos mucosos o los cambios vasculares. La colangioscopia con técnica NBI, señaló, se usa especialmente para los tumores superficiales de las papilas o para los tumores hipersecretores de mucosa.

En la última intervención de esta sesión, el doctor Bimmoeller trató sobre nuevas fronteras en terapia transluminal guiada por ecoendoscopia. El experto mostró diversos casos de colecistitis aguda de alto riesgo y drenaje de la vesícula biliar mediante ecoendoscopia con éxito, menor dolor y mayor comodidad, confirmando que la ecoendoscopia ha abierto una nueva frontera en las intervenciones transluminales.



Jian Zhixiang (R.P. China), Manel Amengol Carrasco (Barcelona) y Alberto Montori (Italia).

Endoscopia Terapéutica Endoluminal

La siguiente sesión, eminentemente práctica, estuvo dedicada a la endoscopia terapéutica endoluminal. Moderada por los doctores Pedro Menchén Fernández-Pacheco (Madrid), Germán Alonso Maillo (Alicante), y Eduardo Rodríguez Sánchez (Ciudad Real), en ella participaron los doctores Kiyokazu Nakajima, Hwoogn-Yong Jung (Korea S.), Naohisa Yahagi (Japón), Sergey Kantsevov, Julian Bingener-Caseys y Dimitri Coumaros. Los expertos mostraron a los asistentes casos muy llamativos de disecciones endoscópicas submucosas en esófago, estómago y colon, algunas de ellas en zonas tan complejas como el cardias o el píloro y lesiones de gran tamaño, llegando incluso a los 15 centímetros. También se presentaron algunas novedades en sistemas de sutura y se hizo referencia a la utilidad del óxido nítrico para controlar la distensión gástrica, mejorando la tolerancia del paciente a la exploración y la calidad de la resección y todo ello en un menor tiempo.

Mesa de Obesidad

La penúltima sesión de este encuentro estuvo dedicada al tratamiento de la obesidad. Moderaron la misma los doctores Antonio Torres, que también intervino como ponente, y José María Fort (Barcelona).

El doctor Torres se centró en nuevas técnicas en el tratamiento quirúrgico, endoscópico o híbrido de la obesidad, destacando: la gastrectomía vertical, la aplicatura gástrica, el SADI-S (*Anastomosis Duodenal with Sleeve*), el Endobarrier, el método POSE (*Primary Obesity Surgery Endoluminal*), el TOGA (*Trans Oral Gastroplasty o Gastroplastia Trans Oral*) y el marca-pasos gástrico. El experto insistió en que se trata de métodos en estudio, que aún se están desarrollando, y cuya realización debe

realizarse siempre dentro de unos estrictos protocolos de investigación, lo cual, criticó, "no siempre es así". Esto, que "va en contra del propio procedimiento", aseguró, responde, desgraciadamente, "a que hay factores que influyen más en su implementación que los meramente científicos y beneficiosos para el paciente".

A continuación, intervino el doctor Galvao, que compartió con los asistentes su experiencia en la gastrectomía vertical por puerto único, a través del ombligo. Aseguró que era una técnica tan segura como la laparoscopia y que si bien ésta tenía buenos resultados estéticos, implicaba la realización de varias incisiones en el abdomen, mientras que la gastrectomía vertical por puerto suponía una única incisión. Aseguró, además, el interés de la Industria en desarrollar nuevos instrumentos para la realización de esta intervención que contribuyan a paliar el hecho de que no se pueda triangular. En una ponencia posterior, dentro de esta misma sesión, profundizó en las complicaciones de la técnica que, afirmó, en la mayoría de los casos no revisten gravedad.

El doctor Roberto Foguel (Venezuela), creador de la técnica de la gastroplastia vertical endoscópica. La técnica, explicó, consiste en colocar varias suturas desde la cara posterior del estómago a la cara anterior de la misma, empezando por la parte más distal. De esta forma, se consigue que la comida quede en la parte superior del estómago, produciendo en el paciente la sensación de saciedad tras haber ingerido una pequeña cantidad de alimento.

Finalmente, fue el turno para la doctora Salvadora Delgado (Barcelona), cuya intervención versó acerca de la gastrectomía vertical vía NOTES híbrida para el tratamiento de la obesidad mórbida. En su opinión, es importante estandarizar la técnica, sea cual sea la vía de abordaje, ya que se trata de una técnica quirúrgica aún en fase de investigación y controversia.

Mesa de Robótica

La última mesa del Curso, moderada por los doctores Javier Naval (Barcelona), Eloy Espín (Barcelona) y Jordi Olsina (Santander), estuvo dedicada a la robótica.

El doctor Espín habló de la experiencia en resección del colon y recto por laparoscopia, señalando las ventajas y los inconvenientes de la cirugía colorrectal robótica. Es una tecnología en evolución que permite hacer cirugías más complejas con menos incisiones de apoyo, pero es un sistema caro, aseguró, y necesita de más estudios randomizados prospectivos serios y de nuevos instrumentos que lo hagan más fácil.

El doctor Ramón Vilallonga (Barcelona) trató de la robótica aplicada a la cirugía de la obesidad, indicando que es segura y supone una alternativa a la cirugía laparoscópica convencional. Destacó las ventajas del sistema Da Vinci, su alta precisión y mejor anastomosis. Además, minimiza la fatiga del cirujano cuando se trata de las gruesas paredes abdominales en pacientes muy obesos.

El punto y final de esta mesa y del encuentro lo puso el doctor Jordi Olsina que, en nombre de los directores, dio por clausurado el Curso, agradeciendo la presencia de los asistentes y participantes, emplazando a todos para la próxima edición.



Jorge Juan Olsina (Lérida)

Símpoio-cena de bienvenida

Al término de la primera jornada, tuvo lugar una cena-símpoio en el museo de la Ciencia de Barcelona, COSMOCAIXA. Previamente, los asistentes pudieron realizar una visita guiada a la exposición itinerante "Dinosaurios. Tesoros del desierto del Gobi", que en aquel momento albergaba el centro. A la cena-símpoio presidida por los doctores José Ramón Armengol-Miró, Alberto Montori (Italia), Weihong Sha y Dong Wan Seo, acudió el alcalde de Barcelona y también doctor, Xavier Trias i Vidal de Llobatera.

En su intervención, Xavier Trias dio la bienvenida a Barcelona a todos los asistentes, destacando que "conocimiento, investigación y cultura" eran las claves de futuro de la ciudad en particular y de Cataluña en general: "históricamente, así ha sido y así ha de continuar siendo, a pesar de que en estos momentos pasemos por momentos difíciles, complejos, de dificultades económicas". El doctor Trias aseguró que su presencia en el evento, respondía a la relevancia de esta reunión científica, pero también a su amistad con el doctor Armengol-Miró de quien destacó su gran valía profesional y calidad humana.



COSMOCAIXA. Exposición Tesoros del desierto de Gobi (dinosaurios).



El alcalde de Barcelona, el doctor Xavier Trias i Vidal de Llobatera, dió la bienvenida a todos los asistentes.



Panorámica de la reunión.



Mesa presidencial del Simposio: José Ramón Armengol-Miró, Alberto Montori, Weihong Sha y Dong Wan Seo.

A continuación, los doctores Jeffrey L. Ponsky y Sergey Kantsevov (Estados Unidos) presentaron sendas ponencias.

En primer lugar, el doctor Ponsky abogó por la necesaria colaboración de gastroenterólogos endoscopistas y cirujanos para conseguir que NOTES fuera una realidad. Para ello, aseguró, no sólo deben trabajar juntos sino que cada uno de ellos precisa de una formación adicional en el campo del otro, por ejemplo, el endoscopista debe aprender a reaccionar ante complicaciones como una hemorragia y ser capaz de solucionarlas, mientras que el cirujano deberá aprender a interpretar lesiones que sólo con su formación se le escaparían.



Sergey Kantsevov.

El doctor Kantsevov realizó la sutura mediante un novedoso sistema que permite la sutura continua, el OverStitch APOLLO. Este experto fue asistido por el doctor Joan Dot, del equipo del doctor Armengol-Miró. El paciente, que fue dado de alta los cuatro días, no presentó fiebre ni complicaciones, y en controles posteriores, a los tres y seis meses de la intervención, se vió que ésta había sido un éxito.

Tras la cena, se entregó a los asistentes un ejemplar del libro "The tradition of the new", editado por la Galería de Arte Mayoral. Su presentación corrió a cargo del escritor y crítico de arte Juan Manuel Bonet.



Jeffrey L. Ponsky.

Por su parte, el doctor Kantsevov mostró a los asistentes la realización de una resección transmural a un paciente con cáncer de colon. La intervención que se realizó exclusivamente por vía endoscópica, era la primera vez que se llevaba a cabo en un ser humano. Tuvo lugar el pasado 11 de junio en el propio W.I.D.E.R. de Barcelona y en ella participó también el doctor Armengol-Miró, quien se hizo cargo de la resección, la parte más laboriosa y que, de hecho, requirió dos horas de las dos horas y media que duró la intervención en su totalidad.



J. R. Armengol-Miró muestra el libro que se obsequió a todos los asistentes.

Este año hemos añadido la cirugía de puerto único y la endoscopia avanzada

José Ramón Armengol-Miró

*Jefe del Servicio de Endoscopia-Digestivo.
Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Barcelona.*

Co-director del Curso



-¿Cuál ha sido su impresión sobre lo que ha sido el Curso y las intervenciones más importantes?

-Este año, el Curso ha versado, como siempre, sobre NOTES, pero hemos querido añadir, debido al gran impacto que tiene la cirugía laparoscópica, otros temas como la cirugía de puerto único y la endoscopia avanzada, dentro de un forum de discusión. Es decir, hemos procurado abrir un debate en cada uno de estos temas. La cirugía de puerto único, que es, indiscutiblemente, una gran alternativa a NOTES, ha contado con la representación de grandes expertos durante un simposio de tres horas, ilustrado con todas las posibilidades y avances técnicos. Este año, hemos tenido representantes de 18 países del mundo: Estados Unidos, China, Corea, Japón, Suecia, Francia, México... y, por supuesto, hemos contado con una amplia y distinguida representación de toda España.

-¿Qué evento entre todos los celebrados a lo largo del Curso señalaría por su novedad y relevancia?

-Como novedad, este año hemos incorporado un Simposio-Cena, que se celebró en COSMOCAIXA, en el que presentaron sus conferencias los doctores Jeffrey Ponsky y Sergey Kantsevov. La primera, "Training for NOTES surgery. How do it", trató del entrenamiento de la cirugía de NOTES, y la segunda, "Futur in advanced endoscopy", del futuro de la endoscopia avanzada.

-¿Se puede hablar ya de la preparación del próximo Curso?

-Sí, esperamos realizarlo con el mismo éxito que hemos tenido este año y emplazamos a todos el próximo mes de noviembre en el 6º Curso Internacional de NOTES-WIDER. Barcelona.

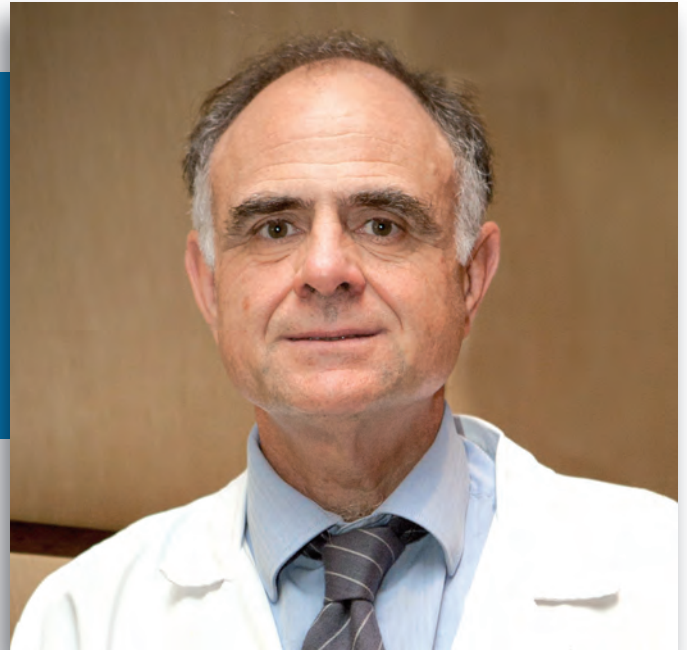
"Este año, hemos tenido representantes de 18 países del mundo: Estados Unidos, China, Corea, Japón, Suecia, Francia, México... y, por supuesto España".

Lo que empezó como un proyecto, hoy, es ya una realidad

Manuel Armengol Carrasco

*Jefe del Servicio de Cirugía General.
Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Barcelona.*

Co-director del Curso



-¿Cuál es su balance del trabajo realizado hasta ahora en el Instituto WIDER-Barcelona?

-Creo que lo que empezó como un proyecto, hoy, es ya una realidad, tanto desde el punto de vista de lo que es NOTES en sí como de lo que somos nosotros. El primer año, la experiencia era muy limitada. Gracias a la ayuda que recibimos, sobre todo de la Fundación "la Caixa", para poder crear el Instituto WIDER y gracias al entusiasmo del doctor Armengol-Miró, ha crecido nuestra experiencia, al tiempo que ha ido creciendo en el mundo entero y hemos ido aprendiendo todos. Por ejemplo, lo que en el primer Curso fue una breve introducción a la cirugía de puerto único, en este 5º Curso ha sido tema de dos sesiones plenarias porque es una técnica que se ha ido desarrollando mucho más.

-Este 5º Curso ha sido eminentemente práctico, con presentación de muchos videos de diferentes casos, métodos y nuevo instrumental. ¿Cree que así resulta más útil?

-Probablemente, esto es el resultado de lo que he dicho. Antes, mucha gente hablaba de NOTES, pero no había demasiada experiencia; actualmente, hay muchos más grupos que han trabajado con esta técnica y pueden aportar comunicaciones mucho más vivas. A la vez que también se ha ido generando una nueva tecnología alrededor de NOTES.

-¿Se podría poner fecha a la práctica de NOTES de forma habitual?

-Lo veo difícil en un futuro próximo. Por dos motivos: porque aún no tenemos claras las indicaciones para generalizarla y porque se está promocionando NOTES no como una técnica excepcional, a realizar en un centro de referencia, sino como una técnica aceptada que puedan hacerla en todos los centros. Esto implica que esté absolutamente estandarizada y que todo el mundo aprenda a realizarla de manera adecuada y esto aún lo veo lejos.

"Ha crecido nuestra experiencia, al tiempo que ha ido creciendo en el mundo entero".

Si se quiere progresar, hay que trabajar conjuntamente

Antonio J. Torres García

Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Co-director del Curso



-¿Qué aporta este Curso a los expertos cirujanos y gastroenterólogos endoscopistas que cada año asisten al mismo?

-Por una parte, aporta calidad e intensidad científica; de otra, la posibilidad de que ambas especialidades se acerquen y colaboren con un objetivo común: el tratamiento del paciente de la forma menos agresiva posible. En esta quinta edición del Curso, además, hemos visto ya una importante constatación de lo que esto representa desde el punto de vista clínico.

-¿Qué destacaría?

-Me gustaría poner de relieve el carácter internacional de este encuentro y las dificultades que entraña el hacer coincidir a tantos profesionales y de tan elevado nivel científico, tanto en cirugía como en endoscopia, con un gran conocimiento de los temas que nos ocupan.

Por otro lado, este no es un macrocongreso, como puedan ser los de Medicina Interna o Medicina de Familia, sino que se dirige a un grupo reducido de especialistas que nos dedicamos a estos procedimientos todavía en desarrollo. Por ello, es importante insistir en que estas intervenciones deben llevarse a cabo bajo la supervisión de comités de ética, evitando así que se den malas indicaciones motivadas, por ejemplo, porque haya alguien que quiera hacerse famoso antes que otro.

-¿Cuál es el perfil del especialista que viene a este Curso?

-Vienen los grandes especialistas en NOTES de todo el mundo, pero también asisten muchos otros profesionales interesados en conocer en directo la vanguardia del tratamiento mínimamente invasivo de las enfermedades del tubo digestivo.

-¿Está de acuerdo con la afirmación de que obligatoriamente cirujanos y endoscopistas deben trabajar juntos en el desarrollo de estas nuevas técnicas?

-Totalmente de acuerdo. Si se quiere progresar, hay que trabajar conjuntamente. Estos procedimientos deben hacerse en un quirófano, de manera muy controlada, y en él deben estar tanto el cirujano como el gastroenterólogo. En el Hospital Clínico San Carlos así lo hacemos, aunque es cierto que para que esto suceda es preciso diseñar estructuras administrativas acordes y no siempre resulta fácil porque, históricamente, ambas especialidades hemos caminado por separado. La exigencia de tratar al paciente de la mejor forma posible y de progresar nos lleva a que tengamos que trabajar de forma conjunta. Es un destino final deseado e inexorable.